

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Universidade Nova de Lisboa



Planeamento Integrado de Alta Hospitalar nos Idosos

Maria Inês Teixeira

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Saúde e Envelhecimento

Orientadora

Professora Doutora Ana Paula Gil

Setembro 2012

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Universidade Nova de Lisboa

Planeamento Integrado de Alta Hospitalar nos Idosos

Maria Inês Teixeira

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Saúde e Envelhecimento

Orientadora

Professora Doutora Ana Paula Gil

Setembro 2012

*“There is more to life
than increasing its speed”*

Mahatma Gandhi

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Paula Gil, pelo acompanhamento, cordialidade e disponibilidade, pela utilidade das suas recomendações e pelos saberes transmitidos na orientação deste trabalho

Ao Conselho de Administração e à Directora do Serviço Social e Gabinete do Utente do Centro Hospitalar Lisboa Norte pelo acesso aos dados que permitiram concretizar esta investigação.

Aos utentes, ao Chefe de Serviço e aos colaboradores do Serviço de Medicina 1B do Centro Hospitalar Lisboa Norte, pela sua participação e disponibilidade.

À minha Mãe, pelo carinho, paciência incondicional e valiosa boa disposição com que me acompanhou nesta jornada, bem como pelas contribuições vitais que deu ao longo deste trabalho.

Ao meu pai, à minha irmã e ao meu namorado, pelo apoio, amor e generosidade com que tornam a minha vida mais colorida.

Ao Duarte Novaes, à Sílvia Fernandes e à Ana Almeida, que estiveram prontos para me ajudar em momentos de aperto.

Aos meus colegas do MSE 2 pelo companheirismo e à minha colega Magda Calado pelo incentivo e apoio ao longo desta jornada.

O presente estudo foi proposto no âmbito da 2ª Edição do Mestrado em Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

A escolha do tema deveu-se às vivências da autora, nomeadamente no que diz respeito ao seu contexto profissional e às suas próprias motivações pessoais. Em linhas gerais, o desenvolvimento deste estudo pretendeu constituir um contributo para a criação de um protocolo universal de planeamento de alta hospitalar dos idosos.

Resumo

O planeamento da alta hospitalar representa um momento crucial no internamento de pessoas idosas, que muitas vezes regressam ao domicílio com necessidades complexas ao nível dos cuidados. No entanto, não existe um planeamento de alta universal, tornando prioritário o desenvolvimento de estratégias nesse sentido. Após revisão de literatura foi formulado um modelo de análise, com as dimensões e indicadores críticos para a problemática em estudo. **Objectivo:** Este estudo teve como objectivo analisar as repercussões que um planeamento de alta hospitalar integrado pode ter na satisfação e no bem-estar dos doentes e famílias, tendo impacto ao nível da redução das reincidências hospitalares. **Métodos:** Foi seleccionada uma amostra no Serviço de Medicina 1B do Centro Hospitalar Lisboa Norte, dividida aleatoriamente em dois grupos. O grupo controlo teve um planeamento de alta de acordo com os padrões habituais, enquanto o grupo experimental foi alvo de um planeamento de alta integrado, com enfoque na informação e clarificação nos cuidados pós alta, e com recurso à entrega de um documento de orientação para a alta. Foi realizado um contacto telefónico de *follow-up* um mês após a alta, para realização de um questionário telefónico. **Resultados:** Os participantes do grupo experimental revelaram ter tendência para estar mais bem preparados para a alta hospitalar e regresso ao domicílio, valorizando de forma mais positiva o processo de internamento e alta, bem como a auto-percepção de bem-estar. **Conclusões:** Apesar da limitação da dimensão da amostra, os resultados apontam no sentido de que os procedimentos do planeamento integrado de alta hospitalar têm um impacto positivo ao nível da satisfação e sentimento de bem-estar global dos idosos no regresso ao domicílio, influenciando na redução das reincidências hospitalares.

Abstract

The hospital discharge planning represents a crucial moment in the hospitalization of the elderly, whom very often return home with very complex caring needs. However, there is no universal discharge planning as such, thus becoming mandatory to develop planning strategies. Upon review of reference literature, an investigational model was developed, that features the key indicators and dimensions of the subject matter. **Aim:** The aim of this study was to analyze how hospital discharge planning promotes the satisfaction and well-being of patients and their families, reducing the number of hospital readmissions. **Methods:** A sample population was selected from the 1B Internal Medicine Service of Centro Hospitalar Lisboa Norte, which was divided in two random groups. The control group experienced a standard discharge, whereas the experimental group underwent a planned integrated discharge, which focused on the clarification of the post-discharge caring needs. A discharge guidance document was produced and handed to the patients. One month after discharge, a follow-up telephone call was made. **Results:** The experimental group turned out to be better prepared for hospital discharge and to return home, positively valuing hospitalization and hospital discharge, as well as their perception of their own well-being. **Conclusions:** The integrated hospital discharge planning had a positive impact on patient satisfaction and global well-being upon their return, and effectively reduced the number of hospital readmissions.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| CAPÍTULO I – QUADRO TEÓRICO | |
| 1.1 Enquadramento Demográfico | 3 |
| 1.2 Teorias Explicativas do Envelhecimento | 5 |
| 1.3 Envelhecimento e Política..... | 6 |
| 1.4 Conceitos de Saúde e Doença | 6 |
| 1.5 Conceitos de Autonomia e Dependência | 7 |
| 1.6 Qualidade de Vida e Bem-Estar..... | 9 |
| 1.7 Interações entre Famílias e Instituições | 11 |
| 1.7.1 O Papel da Família | 11 |
| 1.7.2 As Instituições de Suporte Formal..... | 14 |
| 1.8 Hospitalização | 17 |
| 1.8.1 Modelos de Organização Hospitalar para Idosos | 17 |
| 1.8.2 Internamento Hospitalar | 19 |
| 1.8.3 Equipa Multidisciplinar | 21 |
| 1.8.4 Alta Hospitalar..... | 22 |
| 1.8.5 Papel do Serviço Social | 26 |
| CAPÍTULO II Problemática | |
| 2.1 Modelo de Análise | 30 |
| 2.2 Objectivo Geral..... | 31 |
| 2.3 Objectivos Específicos..... | 31 |
| 2.4. Hipótese | 32 |
| CAPÍTULO III Metodologia | |
| 3.1. Procedimento | 33 |
| 3.2 Instrumento..... | 38 |
| 3.3 Amostra | 38 |
| CAPÍTULO IV ANÁLISE DOS RESULTADOS | |
| 4.1 Caracterização da População pelo Grau de Dependência..... | 42 |
| 4.2 Dimensão Transmissão de Conhecimentos | 47 |
| 4.2.1 Percepção da Informação. Intervenientes de Apoio | 47 |

| | |
|--|--------|
| 4.2.2 Percepção da Informação. Avaliação da Informação | 47 |
| 4.2.3 Percepção da Informação. Doença e Cuidados | 49 |
| 4.2.4 Percepção da Informação. Encaminhamentos e Diligências | 50 |
| 4.2.5 Percepção da Informação. Aspectos Positivos..... | 51 |
| 4.2.6 Percepção da Informação. Aspectos Negativos | 52 |
| 4.3 Dimensão Bem-Estar do Idoso..... | 53 |
| 4.3.1 Situações Desfavoráveis não esperadas após a Alta. Serviços de Apoio | 53 |
| 4.3.2 Reincidência nos Serviços de Saúde | 54 |
| 4.3.3 Auto-avaliação da Qualidade de Vida | 55 |
| 4.4 Avaliação da Ficha | 55 |
| 4.5 Comparação entre os Grupos | 56 |
| CONCLUSÕES | 60 |
| BIBLIOGRAFIA | 69 |
| ANEXO I | 77 |
| ANEXO II..... | 80 |
| ANEXO III..... | 82 |
| ANEXO IV | 84 |
| ANEXO V | 86 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS, TABELAS E QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1. Modelo de Análise | 30 |
| Quadro 2. Escala de Valores do Performance Status (ECOG/OMS) | 34 |
| | |
| Gráfico 1. Total de Doentes admitidos no mês de Junho..... | 35 |
| Gráfico 2. Motivos de Exclusão do Estudo | 35 |
| Gráfico 3. Total dos Doentes Internados no mês de Junho | 36 |
| Gráfico 4. Caracterização por Idade – Total de Participantes | 39 |
| Gráfico 5. Caracterização por Idade – Grupo Experimental..... | 39 |
| Gráfico 6. Caracterização por Idade – Grupo Controlo | 40 |
| Gráfico 7. Caracterização por Sexo – Total de Participantes..... | 40 |
| Gráfico 8. Caracterização por Sexo – Grupo Experimental | 41 |
| Gráfico 9. Caracterização por Sexo – Grupo Controlo..... | 41 |
| Gráfico 10. Dependência à data da admissão – Total dos Participantes | 43 |
| Gráfico 11. Dependência à data da admissão – Grupo Experimental..... | 43 |
| Gráfico 12. Dependência à data da admissão – Grupo Controlo | 44 |
| Gráfico 13. Dependência à data da alta – Total dos Participantes..... | 45 |
| Gráfico 14. Dependência à data da alta – Grupo Experimental | 46 |
| Gráfico 15. Dependência à data da alta – Grupo Controlo | 46 |
| | |
| Tabela 1. Intervenientes de Apoio..... | 47 |
| Tabela 2. Avaliação da Informação | 48 |
| Tabela 3. Tabela de contingência: Falta de informação/tipo de informação em falta.... | 49 |
| Tabela 4. Informação sobre a Doença e os Cuidados..... | 50 |
| Tabela 5. Informações sobre encaminhamentos e diligências | 51 |
| Tabela 6. Aspectos Positivos identificados..... | 51 |
| Tabela 7. Aspectos Negativos identificados | 52 |
| Tabela 8. Situações desfavoráveis não esperadas após a alta | 53 |
| Tabela 9. Novas Recorrências a Serviços de Saúde | 54 |
| Tabela 10. Auto-percepção acerca da qualidade de vida no momento actual..... | 55 |
| Tabela 11. Avaliação da ficha individual de alta | 56 |
| Tabela 12. Ordem das médias, de acordo com o teste de Wilcoxon Mann-Whitney ... | 56 |
| | |
| Quadro 3. Teste Wilcoxon Mann-Whitney..... | 58 |

INTRODUÇÃO

É um facto comprovado que muitos dos idosos internados, sujeitos a uma situação de saúde muitas vezes crónica, regressam à sua realidade quotidiana com necessidades de apoio e continuidade de cuidados, formais ou informais. Esta dependência, observada principalmente nos idosos, está relacionada com alterações biológicas e sociais e vai implicar profundas mudanças no contexto do dia a dia (Sousa et al, 2003). O planeamento da alta hospitalar da população idosa representa uma componente crítica na organização das instituições hospitalares, e, consequentemente, de acordo com Jack (2009), vai maximizar o surgimento de novas agudizações da doença e a utilização desnecessária dos recursos hospitalares.

É também uma realidade que o modelo bio-médico vigente nos hospitais tende a valorizar apenas o processo de tratamento até à data da alta hospitalar, pois para esta perspectiva é a alteração dos parâmetros biológicos (somáticos) que definem a doença, negligenciando factores psicológicos, sociais e comportamentais (Pereira, 1987). Ao invés, o caminho aponta para um modelo integrado, em que as diferentes áreas, em contacto directo com a saúde, se unem com vista à prossecução de um objectivo comum, na promoção do bem-estar do doente.

As perspectivas teóricas analisadas, a par da realidade empiricamente percebida, evidenciam as limitações do modelo bio-médico e chamam a atenção não só para as consequências nocivas para o bem-estar dos doentes, mas também para os custos para as próprias instituições, uma vez que as taxas de reinternamento predominam em situação de alta hospitalar com um planeamento deficiente. Por outro lado, torna-se óbvio que cada idoso tem necessidades e especificidades diferentes após a alta, pelo que o planeamento deverá ser diferenciado face a cada situação. Assim, pretende-se contribuir para a elaboração de um modelo de planeamento de alta eficaz, que possa alcançar mudanças quer no bem-estar do doente, quer na diminuição do recurso às instituições de saúde. No modelo constituído atribui-se o enfoque à natureza e à compreensão da informação disponibilizada ao doente e à sua família, partindo-se do princípio de que essa compreensão representa um factor crítico de bem-estar (Constanza *et al*, 2006, cit. por CRPG & ISCTE, 2007). A bibliografia consultada salienta a ligação entre o planeamento integrado de alta e a saúde, o bem-estar do doente e da sua família, sendo a literatura também consentânea de que os procedimentos da alta têm influência no custo dos cuidados hospitalares. Pretende-se reflectir acerca desta

relação entre planeamento de alta, bem-estar do doente e diminuição de recorrências ao hospital, na finalidade de contribuir para a melhoria ao nível da própria prestação dos cuidados de saúde das instituições hospitalares. Face ao acima exposto, a questão de partida deste estudo de investigação é a seguinte,

- De que forma um planeamento de alta multidisciplinar, com informação integrada e com transmissão de forma directa e personalizada influencia a satisfação o bem-estar dos idosos, ao mesmo tempo que diminui as recorrências ao hospital?

O estudo foi concretizado a partir de uma amostra de indivíduos internados num Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Lisboa Norte, que foram integrados aleatoriamente nos dois grupos da investigação. O grupo controlo teve um planeamento de alta de acordo com os padrões habituais do serviço de internamento, enquanto o grupo experimental foi alvo de uma intervenção de planeamento de alta integrado personalizado, com acesso a mais informação, pautando-se pela articulação inter-institucional, o esclarecimento de dúvidas e cuidados pós alta, com recurso a uma ficha individual de alta. Um mês após a alta, todos os participantes foram contactados, aplicando-se um questionário com o objectivo de avaliar as dimensões propostas relativas ao processo de planeamento e alta hospitalar. Utilizou-se um modelo de análise, cujas dimensões foram operacionalizadas na ficha dada ao doente e na entrevista telefónica realizada. Os dados foram analisados recorrendo-se à complementaridade dos métodos qualitativos e quantitativos. Os resultados possibilitam bons indicadores de que a prática do planeamento de alta multidisciplinar e integrado será o procedimento adequado, no sentido de conjugar a eficácia dos meios usados com maior humanização dos serviços de saúde.

Este trabalho está organizado num primeiro capítulo onde se apresenta o enquadramento teórico, nomeadamente os aspectos que têm que ver com o envelhecimento e a população idosa, com a hospitalização e o processo de alta hospitalar. O segundo capítulo inclui a problemática, o modelo de análise, os objectivos e a hipótese de investigação, o capítulo 3 apresenta a metodologia (procedimentos, amostra e instrumento) e o capítulo 4 contém os resultados. Este trabalho termina com as conclusões face aos principais resultados e às respectivas implicações para os serviços de saúde, assinalando-se também as próprias limitações e as projecções para futuras investigações

CAPÍTULO I

QUADRO TEÓRICO

1.1 ENQUADRAMENTO DEMOGRÁFICO

As novas realidades demográficas que se têm afirmado ao longo dos últimos anos, como a acentuada queda da fecundidade, o aumento da longevidade, o envelhecimento demográfico e o aumento da imigração, são assuntos que dominam a problemática demográfica das três últimas décadas, constituindo novos problemas que desafiam a sociedade. (Bandeira, 2007; Batista, 2007).

Nas últimas décadas, apesar dos surtos migratórios, a população residente em Portugal tem evoluído no sentido da redução da natalidade e do agravamento progressivo do envelhecimento demográfico, o que implica um aumento da população idosa (65 ou mais anos) (Carrilho e Patrício, 2005). A dinâmica do crescimento da população residente em Portugal tem sido caracterizada pela redução da natalidade, pelos fortes saldos migratórios positivos e pelo agravamento progressivo do envelhecimento demográfico. Estas tendências reflectem-se num aumento da proporção da população idosa (65 ou mais anos) relativamente ao total da população (Carrilho e Patrício, 2005). Nos próximos 50 anos, Portugal poderá continuar com cerca de 10 milhões de residentes, mas manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, projectando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem. (INE, 2009)

Na população idosa, apesar da recuperação conseguida ao longo da década de 90, a evolução da esperança de vida da população portuguesa encontra-se ainda em desvantagem em comparação com os países do Sul da Europa. Face aos níveis mais elevados de longevidade dos países da UE15, Portugal está ainda longe de França, da Suécia e dos países do Mediterrâneo. No entanto, a análise comparada dos indicadores esperança de vida à nascença e esperança de vida aos 60 anos dos homens e mulheres portugueses, enquadra-se na tendência global dos países do Sul da Europa: maior crescimento da esperança de vida acima de certos patamares etários (Fernandes, 2007).

Tendo em conta os limites dos organismos biológicos, que dependem da longevidade máxima (duração de um organismo biológico dentro de uma mesma espécie) e da idade média com que morre o conjunto de indivíduos da mesma espécie nas melhores

condições, a evolução da esperança de vida em alguns países parece estar próxima de um limiar difícil de superar (Fernandes 2007). Situando-se este limite nos 85 anos (Vallin e G. Berlinger, 2002 cit. por Fernandes, 2007) vemos o exemplo das mulheres francesas, espanholas, italianas e japonesas com uma esperança de vida próxima dos 84 anos (Fernandes 2007). Tal como a maior parte dos países, também em Portugal a população idosa tem uma maior percentagem de mulheres, sendo a esperança de vida do sexo feminino superior (Sousa, 2003).

O aumento da esperança de vida decorre de uma evolução dos cuidados de saúde, do conhecimento médico, técnicas de diagnóstico e indústria farmacêutica (Lage, 2005). Numa sociedade com longevidade, a morte torna-se um processo longo, tudo se fazendo para prolongar a vida, e o aumento da esperança de vida corresponde a esse adiamento da morte (Fernandes, 2005). Contudo, envelhecer saudável tornou-se um dos grandes objectivos das populações que se projectam no tempo e aspiram uma sobrevivência sadia. (Fernandes, 2007) Existem diversos factores que condicionam a saúde, tais como a educação e o acesso à informação, a avaliação subjectiva de saúde e a adopção de comportamentos saudáveis. Uma vida com múltiplos factores de stress pode levar a um agravamento precoce de determinadas doenças crónicas, induzindo uma morbilidade irreversível (Fernandes, 2007), uma vez que algumas doenças graves estão relacionadas com estilos de vida pouco saudáveis. Na EU, perto de 17% dos adultos têm excesso de peso e quase 6,5% são obesos, reflectindo riscos acrescidos de doenças crónicas, das quais se destacam as cardiovasculares, certos tipos de cancro e a diabetes de tipo II. (Pestana e Gageiro, 2006).

Nos países desenvolvidos os impactos do desenvolvimento económico e social reflectem-se em benefícios na saúde das populações e no usufruto de boas condições de saúde, atingindo-se níveis de sobrevivência elevados, o que altera o equilíbrio entre as diversas etapas do ciclo de vida. (Pestana e Gageiro, 2006). Graças a este progresso médico-sanitário e à melhoria das condições materiais de existência dos homens, o crescimento da esperança de vida tem proporcionado mais anos de sobrevivência em todas as idades (Fernandes, 2007). No caso dos idosos, a idade avançada não significa necessariamente dependência, embora seja evidente que uma população mais envelhecida implique frequentemente um aumento das doenças crónicas e incapacitantes que exijam suporte familiar, social e de saúde. De facto, as pessoas idosas constituem um grupo em que há maior consumo de cuidados (Lage, 2005).

Face aos diferentes significados que o processo de envelhecimento pode assumir, torna-se pertinente explorar este conceito no que respeita às bases teóricas que o sustentam.

1.2 TEORIAS EXPLICATIVAS DO ENVELHECIMENTO

Envelhecer é um processo complexo e multifactorial, existindo teorias explicativas do ponto de vista biológico, que dão destaque ao declínio funcional e à degeneração das estruturas orgânicas (Farinatti, 2002). Em contrapartida, a teoria de desenvolvimento psico-social de Erikson baseia-se no princípio epigenético do desenvolvimento e propõe que ao longo do ciclo vital o ser humano passa por oito fases às quais correspondem crises, com dois pólos. Em cada estágio de vida existe uma confrontação do “eu” com o contexto pessoal e social, emergindo uma força positiva de organização da personalidade caso a resolução da crise se faça favoravelmente ou pelo contrário uma dificuldade no próprio desenvolvimento, se a crise não tiver resolução favorável. A última destas crises diz respeito à Integridade vs Desespero, e é nesta etapa que a pessoa reflecte sobre a sua vida e aceita-a com um sentimento de integridade ou desespero, cuja resolução satisfatória permite atingir a sabedoria de vida, a realização pessoal (Eriksson, 1976). A par de outras, esta teoria coloca ênfase na idade cronológica, o que é contestado por autores como Rutter (1989, cit. por Fonseca, 2005), para quem a idade não reflecte índices de maturação psicológica nem as experiências de vida e Goldhaber (1986, cit. por Fonseca, 2005), que chama a atenção para as diferenças culturais que tornam estas teorias pouco fidedignas. A situação de dependência, o estado de saúde e as redes de suporte familiar e social desempenham um papel, que se acredita ser importante no sucesso perante estes conflitos, e os internamentos e processos de alta hospitalar representam momentos cruciais na qualidade de vida dos idosos.

Face à ausência de uma teoria globalmente explicativa do envelhecimento, Durham (1989) distingue as diferentes “faces” do fenómeno: biológico, psicológico, social, funcional e espiritual. Com a realidade demográfica, todas estas vertentes se alteram dando origem a novas necessidades, destacando-se a adequação das políticas sociais aos novos contextos. Conforme Jamieson (2000) salienta, não há nada de inevitável acerca do impacto do envelhecimento nas diferentes sociedades, sendo as estratégias adoptadas ao nível dos sistemas sociais e de saúde que vão determinar se os países agem com eficácia ou não.

1.3 ENVELHECIMENTO E POLÍTICA

Na maioria dos países da União Europeia, o Estado desempenha um papel secundário quer como prestador de cuidados quer no financiamento dos cuidados, e, quando é requerida ajuda, esta vem primeiro da família (Walker, 2002).

Não obstante de o tema dos cuidados a idosos já estar incluído na agenda política da Comissão Europeia, bem como nas agendas políticas da maioria dos países membros, verifica-se ainda um desenvolvimento insuficiente das políticas sociais especificamente dirigidas aos idosos. A título de exemplo, as licenças para faltas ao trabalho concedidas aos trabalhadores com familiares ascendentes a cargo têm ainda, na generalidade dos países europeus, muitas limitações (European Commission, 1999 cit. Por Wall *et al*, 2002).

De acordo com o que está preconizado nos princípios de Qualidade em Saúde do documento preliminar do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, ter mais informação, comunicação e transparência capacita o cidadão para uma melhor decisão e potencia a utilização adequada dos recursos. O mesmo documento defende que os programas de Gestão da Doença, nomeadamente através do apoio à auto-gestão da doença crónica, e a distribuição de materiais informativos resultam em maior adesão terapêutica, melhor qualidade de vida do doente e ganhos em saúde (PNS 2011-2016 – documento preliminar).

1.4 CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA

Vivendo-se mais, torna-se necessário reflectir sobre os conceitos de saúde e doença. A definição do conceito de saúde é bastante abrangente, o que torna a sua definição complexa. No que respeita à população idosa, Collière (1999) define a saúde como um bem-estar dinâmico, que implica capacidade de adaptação da pessoa ao meio que a envolve, mantendo a sua autonomia. Este conceito não se limita a uma definição biológica, e não reduz a saúde a uma simples ausência de doença, estando esta actualmente ultrapassada. A Organização Mundial de Saúde salienta que deve ser analisada de um ponto de vista holístico, conforme a sua definição oficial: “o estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Sousa, T. C. et al, 2000:120).

Pinto (2001) distingue envelhecimento primário de envelhecimento secundário, sendo que o primeiro diz respeito ao processo natural e saudável de envelhecer e o segundo é agravado por um processo patológico. O envelhecimento normal ou primário não implica a ocorrência de doença, enquanto no envelhecimento patológico ou secundário há doença e esta torna-se a causa próxima da morte (Birren & Cunningham, 1985 cit. Por Fonseca, 2006).

A saúde é um direito humano fundamental, uma condição essencial do envelhecimento activo (CEDRU, 2008). Apesar de nos dias de hoje se viver com mais saúde, esta é uma questão bastante complexa. Como salienta Hofmarcher et al (2007) cit. por OCDE (2009b), a importância crescente da doença crónica entre os idosos vai exigir cuidados mais apropriados, centrados no doente, uma vez que viver mais no tempo tem consequências ao nível do crescimento das necessidades. Este facto está intrinsecamente relacionado com o prolongamento da vida com doença, que anteriormente era sinónimo de mortalidade.

Sendo uma realidade subjectiva, o conceito de doença é influenciado por factores cognitivos, emocionais e sociais (Márties, 2003). Herzlich (cit. por Carvalho, 2000) define-a como um acontecimento negativo que pode ameaçar ou mesmo alterar a vida individual e a inserção social, exigindo, de acordo com Garcia (1994), a readaptação da pessoa e a necessidade de reequilíbrio, o que se torna mais complexo no caso dos idosos. Os idosos doentes não são necessariamente dependentes; no entanto, a doença é muitas vezes desencadeadora de dependência, sendo que uma pessoa é considerada dependente quando não consegue tomar decisões ou desempenhar determinada tarefa com autonomia, o que ganha especial relevo na velhice.

1.5 CONCEITOS DE AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA

Jamieson (2000) identifica os dois estádios em que o ser humano necessita de maiores cuidados: a infância e a velhice, cuja autonomia pode estar comprometida por factores biológicos e sociais. A autonomia é a capacidade de se governar conforme as suas próprias leis, é ter poder sobre si próprio e as suas decisões (Gilon, 1995). Implica ter liberdade para fazer escolhas, sendo necessária a compreensão do significado e das consequências das suas escolhas (Cabete, 1999b). À medida que a pessoa envelhece, as suas capacidades de adaptação vão diminuindo, tornando o idoso mais sensível ao meio ambiente e potenciando a dependência. (Lawton, 1983 cit. por Sequeira, 2002).

O Conselho da Europa definiu, em 1998, o conceito de dependência, como “um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes afim de realizarem os actos correntes da vida diária / actividades de vida diária”. Estas subdividem-se em actividades básicas da vida diária (como a higiene pessoal), actividades instrumentais da vida diária (como as tarefas domésticas) e actividades avançadas da vida diária (como as actividades de lazer) (Figueiredo, 2007 cit. por Assunção, 2010). A mesma autora define que para se poder falar de dependência, pressupõe-se sempre a existência de três factores: a existência de uma limitação física, psíquica ou intelectual que comprometa determinadas aptidões, a incapacidade para realizar por si as actividades de vida diária e a necessidade de assistência ou cuidados por parte de terceiros.

Em 2001 foi aprovada pela Organização Mundial de Saúde a CIF (Classificação Internacional do Funcionamento, da Incapacidade e da Saúde) em que a incapacidade é vista como um processo multidimensional resultante da condição individual e de saúde e dos factores sociais e envolvente (Gil, 2010), o que representa uma visão holística da saúde e do ser humano.

O conceito de dependência remete-nos naturalmente para uma dependência de tipo funcional, embora Baltes e Silverberg (1995) definam outros tipos: dependência estruturada (que diz respeito à circunstância cultural) e dependência comportamental (que é socialmente induzida).

Conforme Sousa (2006) sublinha, a pessoa idosa é vista como senil, doente, inútil e dependente, ainda que muitos idosos cheguem a essa fase com um elevado grau de funcionalidade. De facto, a maioria dos idosos na Europa está em relativa boa forma, saudável, capaz de cuidar de si próprio ou precisa de um mínimo de assistência (Walker, 2002).

No entanto e como já foi referido, o aumento progressivo da população idosa, a exigência real e potencial de cuidados a longo prazo não pára de crescer. Embora ser velho não seja sinónimo de ser dependente, a tendência para o envelhecimento da população acarreta frequentemente um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência e/ou défice funcional que requerem a médio ou a longo prazo suporte familiar, social e de saúde (Lage, 2005). Muito embora alguns estudos (Barberger-Gateau e Peres, 2001 cit. por Gil, 2008), tenham permitido chegar a resultados “mais optimistas” no que diz respeito à evolução da saúde das populações, isto não significa que as idades mais

avanzadas fiquem imunes à incapacidade, o que constituirá um novo risco social. Face ao envelhecimento da população, também os serviços de saúde têm de ser reestruturados para responder às necessidades emergentes do novo perfil epidemiológico (Siqueira, 2002), proporcionando respostas adequadas e específicas a esta população, o que vai ter impacto ao nível da satisfação das suas necessidades e, consequentemente, da sua qualidade de vida.

1.6 QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR

A Qualidade de Vida é um conceito amplamente disseminado nas ciências sociais e políticas (Guillemin et al, 1993; Guillemin, 1995A; Guillemin, 1995B; Mathias et al, 1994). É um conceito ambíguo, de difícil definição (Wolfensberger, 1997, cit por CRPG & ISCTE, 2007). Desde os anos 60 do século XX, a expressão Qualidade de Vida foi alvo do interesse das Nações Unidas em mensurar os níveis de vida de diversas comunidades mundiais. A OMS (Whoqol Group, 1995) define Qualidade de Vida como a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive, sendo o resultado da interacção entre os seus objectivos, expectativas e os indicadores objectivos disponíveis para o seu ambiente social e cultural (CRPG & ISCTE, 2007).

O conceito de qualidade de vida abrange vários aspectos como o estado funcional, a situação sócio-económica, emocional, social e intelectual, o autocuidado e o suporte familiar, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida e as actividades praticadas, o ambiente em que se vive e, evidentemente, o estado de saúde (Vecchia, 2005).

O conceito de Qualidade de Vida integra gradualmente a satisfação com a vida familiar, conjugal, social e ambiental, e pressupõe uma análise cultural dos padrões de conforto e bem-estar das sociedades. O termo abrange diferentes significados, de acordo com os conhecimentos, as experiências e os valores individuais e colectivos, com as diferentes épocas, espaços e histórias: é uma construção social com a marca da relatividade cultural. Num determinado momento do desenvolvimento, uma sociedade tem parâmetros distintos de qualidade de vida, os valores e as necessidades são construídos e hierarquizados diferenciadamente pelas diferentes sociedades; por outro lado, na desigualdade, os padrões de bem-estar são estratificados: o conceito está ligado às classes mais elevadas e à passagem de uma classe para a outra (CRPG & ISCTE, 2007).

O bem-estar da população resulta em larga medida dos estados físicos de saúde, que melhoraram significativamente no decurso do último século, numa transição epidemiológica que resulta das melhorias multifacetadas nos padrões de vida e dos rápidos avanços no sector das ciências biomédicas, traduzindo-se em mais e melhores cuidados de saúde (CEDRU, 2008). Para os diferentes contextos e pessoas há vários indicadores para avaliar Qualidade de Vida, e as próprias definições reflectem o contexto e os indicadores utilizados. Os estudos de Cubon (1985) exploraram as diferentes dimensões da Qualidade de Vida com pessoas com deficiência e incapacidade, colocando em evidência 10 dimensões: trabalho, lazer, nutrição, sono, suporte e rede social, rendimentos, saúde, amor e afecto, ambiente e auto-estima. Por outro lado, Pain et al (1988) identificaram 4 dimensões: saúde emocional, relações interpessoais, maximização do potencial e projecto de vida com sentido e gratificação. Schalock (1996) identifica 8 componentes críticas da Qualidade de Vida: bem-estar emocional, relações interpessoais, bem-estar material, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, autodeterminação, inclusão social e direitos.

Xavier *et al* (2003), num estudo que visou, entre outros objectivos, apurar os aspectos que os idosos com mais de 80 anos consideravam como determinantes no seu bem-estar, concluiu que a perda de saúde física era o principal indicador de mal-estar, embora o conceito de saúde se tenha revelado subjectivo entre os participantes. Em linhas gerais, a percepção que a população sénior portuguesa faz do seu estado de saúde é na sua maioria razoável (57%), enquanto 35% considera ter uma boa saúde e apenas 7% faz uma avaliação negativa. A avaliação de um bom estado de saúde decresce tendencialmente com o aumento da idade: a proporção de avaliações negativas é maior entre as pessoas com idade igual ou maior que 85 anos (16,4%), tratando-se de uma consequência directa do declínio funcional que o ser humano vai sofrendo com a idade (CEDRU, 2008). Vecchia (2005), num estudo que teve o objectivo de conhecer a opinião dos idosos de um estado brasileiro quanto à qualidade de vida, que envolveu 384 indivíduos com idade superior a 60 anos, concluiu que a manutenção de uma boa saúde e o acesso ao conhecimento, em conjunto, representavam mais de 43 % das respostas.

O modelo teórico da qualidade de vida está intrinsecamente relacionado com a Teoria das Necessidades Humanas (Constanza et al, 2006). Esta teoria articula o conceito de qualidade de vida com as necessidades humanas, o bem-estar subjectivo e as oportunidades disponíveis no meio ambiente. De acordo com Constanza e os seus colaboradores (2006), os domínios críticos das necessidades humanas são a subsistência, o afecto, o lazer, a identidade, a reprodução, a compreensão, a espiritualidade, a liberdade, a segurança, a participação e a criatividade/ expressão emocional. Assim, as prioridades de

política social deveriam ser no sentido de criar oportunidades para satisfazer mais as necessidades humanas e permitir a melhoria dos níveis de bem-estar, influenciando assim a percepção subjectiva de qualidade de vida (CRPG & ISCTE, 2007).

Desta forma, a satisfação com os serviços de saúde poderá ser um importante indicador de bem-estar das populações. A população idosa residente em Portugal utiliza, na sua maioria, os cuidados de saúde hospitalares (55,3%), embora o grau de satisfação com estes cuidados seja reduzido (42%) (CEDRU, 2008). No caso dos idosos, torna-se vital a abordagem da relação entre a rede de suporte primária e as instituições hospitalares, uma vez que será geralmente a família a cuidar ou providenciar os cuidados necessários no regresso ao domicílio. O envolvimento familiar com as instituições assume elevada importância durante o internamento e o processo de alta, pretendendo-se uma relação equilibrada de parceria (Sousa, 2006).

1.7 INTERACÇÕES ENTRE FAMÍLIAS E INSTITUIÇÕES

1.7.1 O Papel da Família

O conceito de cuidador informal tem emergido na última década e ganho relevo na literatura. Refere-se a elementos da rede social do idoso essencialmente constituído por familiares (mas também por amigos, vizinhos, colegas, voluntários e outros) que lhe prestam cuidados regulares e não remunerados, na ausência de um vínculo formal ou estatutário (Sousa *et al*, 2006).

A família possui um reconhecimento no contexto da promoção e manutenção da independência e da saúde dos seus membros, como principal entidade prestadora de cuidados em situações de dependência dos seus familiares e como instituição fundamental da vida das pessoas, onde estas se expressam e satisfazem os direitos, obrigações e necessidades, desde o nascimento até à morte (Richards e Lilly, 2001 cit. por Lage, 2005).

São as mulheres, devido à divisão sexual do trabalho, que cuidam dos familiares com incapacidade, quer sejam crianças ou idosos. Dado o padrão típico de arranjo familiar, são as mulheres idosas que cuidam dos idosos com incapacidade, dentro da família (CRPG & ISCTE, 2007). Tendo em conta as alterações sócio-demográficas das sociedades modernas, pode falar-se na existência de uma transformação da estrutura familiar

caracterizada por um aumento das famílias trigeracionais, devido ao aumento da longevidade e à diminuição da fecundidade.

No entanto, a coabitação dos idosos com os filhos é menos frequente, havendo uma maior proporção de idosos a viverem sós (Walker, 2002), o que reflecte por um lado uma maior autonomia dos idosos, mas por outro um isolamento destes relativamente à família (Fernandes, 2001).

Os tipos de ajuda entre os membros da família têm normalmente origem no reconhecimento de uma necessidade, representando a reciprocidade e a complementaridade com as ajudas públicas.

A iniciação no papel de cuidador familiar de um idoso raramente decorre de um processo de livre e consciente escolha (Sousa *et al*, 2006). Em termos de processo familiar que leva à assunção do papel de cuidador familiar, existem duas vias principais: uma relacionada com a perda progressiva de autonomia da pessoa de quem se cuida, e outra resultante, por exemplo, de acidente ou doença súbita, viuvez, demissão ou morte da pessoa que anteriormente prestava cuidados, ou seja, que surge de forma mais inesperada, como também sucede com muitos internamentos hospitalares (Sousa *et al*, 2006). A necessidade de cuidados surge de forma diferente de outras grandes mudanças dos papéis familiares, de uma forma imprevisível e sem que as famílias estejam preparadas (Lage, 2005). Também o facto de o começo do cuidado ser abrupto ou gradual, acontecer paulatinamente à medida que o idoso vai requerendo cuidados ou acontecer num estado mais avançado da doença, parece condicionar decisivamente a identificação subjectiva do cuidador com a aquisição do papel (Carrero 2002; Seltzer e Wailing, 1996 cit. Por Lage, 2005). Não sendo excepção, pensa-se que em Portugal, a família é ainda solidária com os mais velhos, mesmo considerando a existência de mudanças da actualidade, apreciáveis na estrutura geracional das pessoas idosas (Lage, 2005). Estes elementos são valiosos no que respeita ao bem-estar dos próprios idosos, sendo que as estratégias de capacitação das famílias e dos cuidadores informais são também um instrumento para a gestão integrada dos serviços de saúde, conforme o documento preliminar do Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Na realidade, uma das recomendações estratégicas para a saúde, expressa nesse documento, é a criação e desenvolvimento de programas específicos na área da educação para a saúde, auto-gestão da doença e capacitação dos cuidadores informais, com o objectivo de capacitar o cidadão, família e cuidadores, na promoção da saúde, gestão da doença crónica e prevenção de complicações. Apesar de ser a primeira instância de

cuidados, as famílias acabam por articular e interagir com as instituições da comunidade, nomeadamente no contexto de um internamento hospitalar.

Elizur considera três fases do envolvimento familiar com instituições, sendo que a disfunção surge quando se tenta passar prematuramente à fase seguinte. Na fase de envolvimento, estabelecem-se laços e canais comunicacionais, fronteiras, padrões, sentimentos de confiança, partilha de significados, crenças e práticas. Se há distanciamento, é sentida desconfiança, dando origem a um sistema desmembrado. Na segunda fase, de colaboração, reconhecem-se objectivos e estratégias comuns, havendo um sentimento de equipa e um entendimento comum na cooperação para uma finalidade. Se há um envolvimento crítico e intrusivo de uma das partes, cria-se um ambiente de irritação e culpabilização pautado por uma comunicação controladora, lutas de poder, desconfiança e medos, originando um sistema conflituoso. A terceira fase que este autor distingue diz respeito à capacitação, havendo uma partilha de poder e responsabilidade, um clima de confiança mútua com a existência de um diálogo verdadeiramente democrático, transferindo-se funções e poderes através de decisões partilhadas. Se há um envolvimento exagerado, há dependência do sistema familiar relativamente ao profissional, sem complementaridade ou colaboração, no que se chama um sistema dependente (Sousa, 2006). O equilíbrio é difícil de atingir, uma vez que quando as partes estão muito envolvidas, não funcionam em pleno, sendo também emocionais; quando são pouco envolvidas são classificadas de negligentes e desinteressadas.

Da parte dos profissionais, uma relação disfuncional surge quando esperam a subjugação da família por serem detentores do conhecimento, sendo que estando centrados no cliente, os familiares são encarados como um obstáculo. Esta teoria espelha a realidade dos serviços hospitalares, onde um conjunto de conhecimentos exclusivos e específicos dos profissionais não estão acessíveis nem disponíveis para as famílias. Os conhecimentos, crenças e opiniões que os familiares de um idoso possuam são subaproveitados no processo terapêutico, o que cria um distanciamento na comunicação e, consequentemente, no bem-estar dos idosos e das famílias.

Este desequilíbrio pode resultar em falta de transmissão de informação da doença, tratamento e cuidados, o que provoca fraca resposta em termos de responsabilidade da família, que não responde eficazmente ao que lhe é solicitado em termos da prestação de cuidados.

Por outro lado, quando os sistemas são muito envolvidos, podem fragilizar o funcionamento psico-social e favorecer o foco na doença e nos cuidados. O desconforto com a doença pode resultar em rejeição e afastamento ou em fascinação e concentração na doença. Nestes casos, os serviços tomam responsabilidade a mais na gestão da doença, o que pode levar a família a não ter capacidade de se auto gerir. (Sousa, 2006)

A família não vê os serviços hospitalares como parceiros, mas como uma necessidade, porque as instituições os excluem da tomada de decisões, ignorando o seu papel e necessidades. Da parte dos serviços e relativamente à interacção com as famílias, Nolan (2001) identifica quatro pontos de vista: de recurso, em que os cuidadores informais ajudam os formais; de colegas, em que é partilhado um objectivo comum; de co-cliente, em que a família e o idoso são igualmente clientes; e de parceria, em que há um objectivo comum no bem-estar do idoso e todas as decisões são negociadas.

Hasselkus (1994) defende que numa fase aguda, crítica, deve ser o profissional a assumir a liderança mas com a progressão da situação e a diminuição da pressão, deve retirar-se gradualmente, transformando-se em elemento facilitador. Nolan (2001) aborda o modelo dos Cuidadores especialistas, em que há uma aquisição gradual de conhecimentos essenciais, culminando na transformação do cuidador em especialista (Sousa, 2006).

Towsend (1988) sustentou a teoria de que a falta de suporte social na comunidade resulta num maior recurso a serviços hospitalares, nomeadamente no que diz respeito a internamentos sucessivos a um primeiro episódio. O investimento num plano completo de suporte no domicílio permite vários benefícios na medida em que promove o bem-estar, ajuda a manter a pessoa no seu meio e reduz a necessidade de readmissão nos serviços hospitalares. O apoio da rede primária pode ser complementado com a rede secundária, através das instituições de suporte formal existentes na comunidade.

1.7.2 As Instituições de Suporte Formal

A interdependência é um elemento constituinte da vida em sociedade, e as políticas públicas devem criar condições favoráveis para que os apoios formais sejam implementados (CRPG & ISCTE, 2007).

Com o aumento do número de idosos e as alterações das estruturas familiares, o apoio formal aos idosos converteu-se num assunto social. As transformações que se têm vindo a verificar nos cuidados formais e informais são inseparáveis, isto é, a diminuição ou

indisponibilidade de potenciais cuidadores familiares repercute-se na expansão dos serviços formais (Sousa *et al*, 2006).

É assim importante reforçar que, se cada vez mais temos uma velhice no plural, são necessárias também políticas e intervenções sociais no plural, que privilegiem de forma integrada e conjunta as redes de suporte formal e informal (Gil, 1999). São necessárias políticas sociais de apoio à família, sustentadas com uma política integrada de uma rede de cuidados continuados que possam apoiar que opta por cuidar do familiar no domicílio (Gil, 2008).

Em Portugal, desde os anos 60, tem-se assistido a um gradual aumento dos cuidados comunitários embora os serviços aos idosos sejam ainda escassos, sem tradição, desenvolvidos por instituições com pouca experiência e desempenhados por técnicos sem formação específica em geriatria/ gerontologia. É cada vez mais reconhecido que este tipo de serviços é indispensável para o apoio aos idosos e, igualmente, às suas famílias (Sousa *et al*, 2006), uma vez que os problemas sentidos por esta população não se restringem às situações de doença. À medida que a população envelhece, os recursos disponibilizados para a promoção da saúde dos idosos tem de aumentar de uma forma proporcional (Durham, 1989).

Jacobzone e Robine (2000), cit. por Gil (2010) evidenciam a necessidade de reformas transformadoras no domínio da dependência, tanto nos cuidados no domicílio como na adaptação às necessidades reais desta população. Os *standards* da Equalização das Pessoas com Incapacidades (1993) da ONU explicitam que todos os Estados devem providenciar serviços de reabilitação, que vão para além do “cuidado médico inicial” para incluir “uma ampla gama de medidas e actividades”, desde a reabilitação básica generalista para atividades orientadas por objetivos (ONU, 1993, cit. por CRPG & ISCTE, 2007).

Por norma, os cuidados aos idosos começam por ser assumidos por familiares (ou outros elementos da rede informal), sendo os cuidados formais solicitados quando os agentes informais deixam de conseguir dar resposta. No entanto, um tipo de cuidados não substitui o outro, podendo complementar-se. Alcançar esta parceria não é, no entanto, fácil de atingir, pois exige delimitação de competências, o que é complexificado por ambos os lados (Sousa *et al*, 2006). Desenvolver essa parceria entre os profissionais de saúde e os cuidadores possibilita a sistematização das tarefas a realizar depois do regresso ao domicílio, devendo-se privilegiar as que visam a promoção da saúde, prevenção da incapacidade e a manutenção da capacidade funcional do idoso e do seu cuidador para

evitar a hospitalização, bem como outras situações geradoras de isolamento social (Moraes, 2006).

Quando falamos de idosos, os equipamentos de apoio existentes são os centro de dia, centros de convívio, serviços de apoio domiciliário e lares, sendo os hospitais também vistos como recurso comunitário para esta faixa etária da população. A designação de cuidador(es) formal(ais) designa um ou mais profissionais contratados com carácter remuneratório para a prestação de cuidados. A opção por serviços de apoio domiciliário implica quase sempre uma necessidade ou urgência de apoio (Gil, 2010), enquanto a frequência a centros de dia ou de convívio não implica uma situação de dependência tão acentuada, mas uma necessidade de cariz ocupacional. Ao integrar um idoso em equipamento social, a ambiguidade de papéis e funções entre os cuidadores informais e formais coloca-se de modo explícito e acentuado (Sousa *et al*, 2006).

As políticas sociais no domínio do apoio a idosos dependentes e às respectivas famílias estão pouco desenvolvidas e ainda se encontram numa fase de expansão, tanto ao nível de equipamentos e serviços como de benefícios sociais. Apesar do aumento na oferta de equipamentos e serviços – lares, centros de dia, apoio domiciliário – a procura continua a exceder a oferta (Wall *et al*, 2002). Os debates têm-se centrado nos seguintes campos: aumento e desenvolvimento de equipamentos e serviços; melhoria da qualidade dos serviços (verificando-se grandes lacunas, principalmente a nível da formação e certificação dos recursos humanos) e reforço dos direitos dos trabalhadores com adultos dependentes a cargo (não se beneficiando dos mesmos direitos sociais para prestar cuidados a familiares de linha ascendente e descendente) (Wall *et al*, 2002). Os apoios insuficientes em termos de equipamentos e serviços para idosos dependentes, bem como em relação a benefícios fiscais, reforçam que a família seja a principal prestadora de cuidados a idosos dependentes (Wall *et al*, 2002). Contudo, com a diminuição do número de familiares disponíveis e com condições de exercer a tarefa de cuidadores, terão de se equacionar medidas ao nível formal que permitam às famílias continuar a cuidar dos seus idosos (Hansson e Carpenter, 1994; Nocon e Pearson, 2000 cit. Por Sousa *et al*, 2006). Frequentemente, os internamentos hospitalares implicam mudanças ao nível da autonomia e das rotinas quotidianas dos idosos e das suas famílias, tornando imprescindível o acompanhamento e o planeamento de alta adequado e personalizado.

1.8 HOSPITALIZAÇÃO

Os cuidados a idosos pressupõem uma avaliação ampla dos problemas médicos, funcionais e psicossociais, constituindo um planeamento efectivado pela equipa multidisciplinar (Filho, 2000). O aumento da idade fomenta uma mudança progressiva da estrutura biológica e psicológica das pessoas, que conduz a novas e maiores necessidades ao nível dos cuidados de saúde (CEDRU, 2008).

Estima-se que 70 a 86% dos idosos tenham algum tipo de doença crónica (Berger e Mailloux Poirier, 1995). Segundo Cabete (2005), esta população ocupa cerca de metade das camas hospitalares. Em Portugal, sensivelmente metade da população idosa apresenta uma patologia que exige cuidados médicos regulares, e é nos indivíduos mais idosos que a existência de patologia é superior (CEDRU, 2008).

As doenças mais comuns entre os idosos portugueses são a tensão arterial elevada, a doença reumática, a dor crónica, a osteoporose, a diabetes e a asma (Costa, 2002). Os idosos utilizam os serviços hospitalares de modo mais intensivo do que os outros grupos etários, envolvendo custos mais elevados, tratamentos de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada.

Para muitos idosos, a hospitalização pode causar declínio funcional, ainda que tenham sido tratados do motivo que levou ao internamento, pelo que as causas desse declínio funcional são complicações independentes do problema central, consideradas evitáveis mas muitas vezes irreversíveis, como por exemplo o tempo excessivo que muitas vezes passam no leito (Creditor, 1993). São aspectos que vão condicionar irreversivelmente a qualidade de vida e o bem-estar destes idosos, bem como das suas famílias. Assim, é importante reflectir sobre estas instituições de prestação de cuidados, legalmente definidas como “serviços de interesse público, instituídos, organizados e administrados com o objectivo de prestar à população assistência médica, curativa e de reabilitação” (Decreto – Lei nº 48 358 de Abril de 1968).

1.8.1 Modelos de Organização Hospitalar para Idosos

O modelo organizacional hospitalar é essencialmente biomédico medicalizante (Silva, 2006), levado a cabo por profissionais das diferentes áreas, de forma a atingir os objectivos institucionais, com regras e lógicas próprias. O modelo biomédico caracteriza-se pela valorização exclusiva da alteração dos parâmetros biológicos (somáticos) que definem

a doença, sem considerar outros factores, de ordem psicológica, social e comportamental (Pereira, 1987). Excluindo o contexto psicossocial, não existe uma compreensão plena e adequada dos doentes e das próprias doenças (Marco, 2005). Os serviços não estão organizados em função dos doentes, mas sim da própria instituição, uma vez que apesar de terem a finalidade de tratar e cuidar das pessoas doentes, colocam a sua ênfase na gestão dos serviços e dos recursos de um ponto de vista biológico e não holístico. Deste modo não se promove realmente a autonomia dos idosos, pois o sistema constrói-se na base de uma pessoa dependente de uma rede de prestações sem que haja liberdade de escolha (Anjos, Leal e Leal, 2005).

A abordagem sócio-histórica à pessoa no que respeita à prestação de cuidados de saúde é o modelo biomédico, teoricamente ultrapassado nos dias de hoje, caracterizando-se por ser fechado e linear. A incapacidade era vista como um problema individual, passível de melhorar através de estratégias exclusivamente centradas no indivíduo. A saúde humana perspectivava-se na sua componente biológica, com impacto na pessoa. O estado de saúde é passível de ser objecto de diagnóstico e tratamento apenas por parte dos médicos e profissionais de saúde (CRPG & ISCTE, 2007).

No que diz respeito à população idosa, não se pode seguir, por definição, a lógica biomédica (Filho, 2000). Progressivamente, a Organização Mundial de Saúde e os documentos de política na Europa colocam o enfoque na interacção entre a pessoa e o ambiente (estruturas físicas, relações e construções sociais e crenças). Assim, a referência adoptada, o modelo social, passa a impor a adequação dos contextos às pessoas, desfocando a exclusividade da componente individual e passando a contemplar a relação da pessoa com os seus ambientes, contextos de vida, obstáculos e barreiras sociais que surgem desta interacção. A saúde resulta da relação complexa entre múltiplos factores (orgânicos, psicológicos e sociais), que têm também impacto nas famílias e noutros elementos significativos, na comunidade e no próprio Estado. Neste modelo, aberto e dinâmico, a qualidade do funcionamento humano requer uma abordagem continuada e holística, da prevenção à reabilitação, por parte dos profissionais especializados e de todos os actores relevantes para a qualidade do funcionamento humano envolvidos no sistema de relações do indivíduo (CRPG & ISCTE, 2007).

Existem cinco modelos básicos de organização de serviços hospitalares para idosos: o *modelo de cuidado prolongado*, que se baseia no conceito ultrapassado em que o cuidado agudo é da responsabilidade de especialistas e o cuidado prolongado da esfera de actuação de geriatras. O *modelo tradicional*, que pressupõe que não há diferenças entra a actuação

de serviços de especialidade médica e dos serviços dirigidos aos idosos, sendo estes últimos conotados com casos pouco interessantes do ponto de vista clínico. O *modelo baseado na idade cronológica*, em que os doentes são encaminhados para serviços clínicos de acordo com a sua idade, o que apesar de constituir um critério objectivo é também de discriminação, para além de não permitir a intervenção precoce. No *modelo não especializado* não há diferenciação entre serviços, limitando-se a um apoio pontual e não direccionado. Por último, o *modelo integrado*, em que as diferentes especialidades estão unidas em equipa, e que permite o envolvimento de conhecimentos gerais e especializados (Filho, 2000). A integração dos cuidados é fundamental, uma vez que as pessoas em situação de dependência exigem respostas sociais e de saúde. É uma questão central no desenho e desempenho das organizações que são, de certa forma, estruturas hierárquicas formadas por partes inter-relacionadas, embora separadas, que desempenham papéis complementares. Para que as estratégias de cuidados integrados sejam bem-sucedidas, é fulcral envolver todos os interessados (utentes, prestadores de cuidados, e instituições de saúde e sociais), com os objectivos de eliminar as redundâncias, promover a continuidade e a personalização na prestação de cuidados e aumentar a autonomia dos doentes (Dias, 2009). A ruptura com o modelo médico coloca a ênfase na “desproblematização” da pessoa, não se focando nela em exclusivo. O modelo social promove cuidados de apoio, baseados na comunidade. O modelo médico é limitado na medida em que não permite fornecer uma visão integrada do funcionamento humano, no quadro das suas relações com os contextos de vida. O modelo biopsicossocial (Engel, 1977 na revista Science) foca o seu objectivo de estudo na compreensão do funcionamento humano, à luz das interacções entre as dimensões biológica, psicológica e social. Cada sistema, ou dimensão, pode afectar e ser afectado por qualquer um dos outros sistemas, o que pressupõe uma abordagem sistémica e interdisciplinar na interpretação do funcionamento humano (CRPG & ISCTE, 2007). Sendo um indivíduo bio-psico-social, o idoso internado não pode ser diagnosticado mediante os aspectos biológicos em exclusivo (sintomas e doença), devendo integrar as componentes psicológica e social, numa avaliação global e integradora da pessoa em todas as suas dimensões.

1.8.2 Internamento Hospitalar

A autonomia da pessoa idosa poderá ser comprometida com o internamento hospitalar (Cabete, 2005). A hospitalização é desagradável para todos, sendo pior nos idosos na medida em que fere a individualidade e associa-se à incapacidade e à morte, pautando-se pela existência de uma linguagem estranha, fria e incompreensível, muitas vezes num contexto de limitação funcional. Todas as dinâmicas inerentes ao internamento

hospitalar (regras, relações interpessoais, tratamentos, etc.) são geradoras de ansiedade e sensação de mau-estar. A nível psicológico, desencadeiam-se sentimentos de receio, incerteza e ajustamento ao papel de doente (Dinis, 2006). Na perspectiva de Sanchez (2000), existe falta de diálogo e de negociação com a pessoa idosa dependente. O indivíduo está rodeado de desconhecidos dos quais depende o seu bem-estar, sendo que na maior parte das vezes a comunicação não é eficaz, por a linguagem não ser a mesma entre profissionais e doentes (Cabete, 2005). Lee e Kaspers (1998) chamaram a atenção para o facto de que os idosos gostam de ter a informação clínica e sentir preocupação, e não gostam que os profissionais não disponham de tempo para eles, não dêem explicações ou ajam como se estivessem a fazer um favor. A relação entre os profissionais de saúde e os doentes torna-se fulcral na adaptação ao hospital (Cabete, 2005), pelo que se torna essencial que os profissionais de saúde desenvolvam competências relacionais com o idoso para minimizar o impacto negativo do internamento e para promover a autonomia da pessoa idosa. (Cabete, 2005).

O estudo de Siqueira (2004) verificou associação entre um período longo de internamento e a diminuição da capacidade funcional dos idosos, pelo que definiu uma estratégia baseada nas equipas multidisciplinares para determinar os problemas clínicos, psicossociais, funcionais e ambientais, no desenvolvimento de estratégias de intervenção e acompanhamento.

Os idosos são mais susceptíveis a complicações derivadas de longos períodos de imobilização durante a hospitalização (Siqueira, 2004), devido à fragilidade e à coexistência de diferentes morbilidades. O envelhecimento, em conjunto com a hospitalização e a situação de doença traduz-se em riscos de perda de identidade, integridade física, de autonomia e ruptura, o que significa uma fragilização do equilíbrio (Cabete, 1999a).

A diminuição de reinternamentos subsequentes a um primeiro episódio é importante na gestão dos próprios hospitais, uma vez que representa um importante indicador de qualidade em serviços de saúde (Jack, 2009). Num serviço de internamento, o seguimento após a alta hospitalar e os recursos consumidos podem ser também indicadores importantes na avaliação da actividade dos serviços, sendo que a revisão sistemática de parâmetros de avaliação após a alta (incluindo o estudo das readmissões) é importante para contornar as dificuldades existentes nestes serviços, em que são acompanhados doentes cada vez mais dependentes do hospital. O reinternamento mostra que há um predomínio de doentes com implicações de continuidade de cuidados e de prognóstico pouco favorável. Torna-se cada vez mais importante um bom planeamento e orientação após a alta, em interface com outros

agentes e instituições (Thomas, 1993). Para Hook (2006), a comunicação e a partilha de informações é fundamental no respeito pela pessoa idosa doente e hospitalizada, sendo essencial um trabalho em parceria no internamento e na preparação da alta hospitalar, que será aprofundada no ponto seguinte.

1.8.3 As Equipas Multidisciplinares

Na área da saúde assiste-se a uma diversificação do saber científico, o que torna fundamental a formação de equipas multidisciplinares que permitam manter a actualização dos conhecimentos e o sucesso das acções. O idoso deve ser visto como um todo, o que exige os esforços conjugados de diferentes profissionais para uma intervenção eficaz e com qualidade, uma vez que não é possível resolver os complexos problemas de saúde de forma isolada (Martins, 2003). Os cuidados, nas organizações de saúde em geral e no hospital em particular, são necessariamente multidisciplinares, dependendo da conjugação do trabalho de vários profissionais (Cecílio, 2003). A complexidade e natureza dos cuidados aos idosos necessitam da colaboração de diversos profissionais, e deles próprios, já que neles intervêm múltiplos factores, biológicos, psicológicos, sociais e económicos (Martins, 2003).

O trabalho em equipa é hoje uma exigência e um desafio para os profissionais, não bastando que as pessoas intervenham com as suas competências próprias junto dos utentes, mas que o façam numa convergência de atitudes, otimizando as capacidades e competências de cada um (Martins, 2003). A maior ou menor integralidade da intervenção resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos profissionais (Cecílio, 2003). "Trabalhar em equipa significa que os diferentes profissionais se empenhem para atingir os objectivos dos cuidados de saúde exercendo a sua autonomia profissional, mas simultaneamente reconhecendo a sua interdependência. A colaboração dos diferentes elementos da equipa passa pelo respeito pela competência, autonomia e responsabilidade de cada um, pela partilha do poder e pelo reconhecimento das zonas de sobreposição" (Figueiredo, 1997:22, cit. por Martins, 2003:104). Numa equipa, os membros trabalham de forma próxima, comunicam frequentemente com vista a otimizar os cuidados para o doente. Existe um conjunto de questões à volta do qual a equipa está organizada, e cada membro contribui com o seu conhecimento, ouvindo os dos outros (Hall, 2001).

Nos cuidados a idosos reconhece-se a importância e a necessidade da participação do idoso e da sua família, junto dos profissionais de saúde (Mellero, 1995, cit. por Martins, 2003). Para Hook (2006), a comunicação e a partilha de informações é fundamental no respeito pela pessoa idosa doente e hospitalizada, sendo essencial um trabalho em parceria no internamento e na preparação da alta hospitalar, que será aprofundada no ponto seguinte.

1.8.4 A Alta Hospitalar

Em Portugal, o Decreto-Lei nº 48 357 de Abril de 1968, sobre os Estatutos Hospitalares define que mesmo após a alta, os serviços hospitalares devem, tanto quanto possível, manter contacto com os doentes até que estes se restabeleçam.

O doente internado está em situação de alta hospitalar quando apresenta uma condição que permita a sua saída do hospital, sendo um procedimento que pode derivar da deliberação clínica, da vontade do próprio ou da decorrência de um óbito. O momento da alta traz ao doente sentimentos ambíguos, de satisfação por poder regressar a casa e de medo por se sentir inseguro, sem cuidados médicos. Quanto maior for o grau de dependência dos cuidados, mais receio existe pelo sentimento de incapacidade dos doentes e das famílias, motivo pelo qual é essencial a orientação para a alta, uma vez que uma alta hospitalar precoce traz dois benefícios principais: diminui o risco de infecção hospitalar e tem menores custos para a entidade hospitalar (Marra, 1989).

Foi no início do século XX que surgiram as primeiras reflexões sobre a conceptualização da alta hospitalar, havendo hoje diferentes definições. Um dos exemplos mais abrangentes é a definição da American Hospital Association & Social Work Directors Society (1973), que a determina como o processo centralizado, coordenado e de carácter interdisciplinar, no qual os membros da equipa colaboram com os doentes e as suas famílias, procurando antecipar as suas necessidades e desenvolvendo um plano que os ajude a adquirir independência e a manter os benefícios ganhos durante a hospitalização (Colom, 2000). Fields (1978, cit. por Colom, 2000) acrescenta que o planeamento de alta representa o ponto onde os cuidados médicos estão em interface com a qualidade de vida, onde o cuidado humano se integra com os saberes técnicos.

Partindo do princípio de que os cuidados que os doentes idosos necessitam após a alta hospitalar constituem uma pesada carga para a sua família e para os serviços de saúde, torna-se evidente que alguns idosos em situação de alta hospitalar requerem cuidados muito

complexos com os quais a família dificilmente sabe lidar sem suporte (Naylor, 1994). Esses cuidados podem ser de apoio instrumental, que consiste em pequenas ajudas para actividades mais complexas (como, por exemplo, o acompanhamento a consultas médicas), ou de apoio básico para as actividades mais primárias da vida quotidiana (como comer ou fazer a higiene pessoal). Há ainda os cuidados especializados, caracterizados por uma grande complexidade (como o manuseamento de um aspirador de secreções ou a administração das refeições por via naso-gástrica).

O estudo de Siqueira (2004), que parte do princípio que a hospitalização é considerada um evento de grande risco para os mais velhos, concluiu que a maioria dos idosos regressa à comunidade, à data da alta hospitalar, com alguma necessidade de apoio para os cuidados pessoais, de mobilidade ou locomoção. O planeamento efectivo deste processo permite que o doente tenha uma alta adequada, certificando que os cuidados necessários são assegurados de forma a prevenir readmissões. Por outro lado, atenua a carga que representa para as famílias e, em última análise, minimiza os custos para os sistemas de saúde (Naylor, 1994). No entanto, apesar da variedade de estudos sobre esta matéria, não existe um protocolo de preparação de alta que inclua a aprendizagem plena de doentes e cuidadores, um planeamento abrangente da alta e a monitorização telefónica após a data da mesma. Apesar das evidências, continua a não existir um esquema universal de preparação das altas, nomeadamente na preparação dos cuidadores dos doentes, no acesso à informação clínica e à compreensão dos esquemas terapêuticos, o que de acordo com Jack *et al* (2009) vai maximizar o surgimento de novas agudizações da doença, utilização desnecessária dos recursos hospitalares e outros custos.

O planeamento de alta é individual, dependendo das necessidades de cada um, em várias esferas, como o estado de saúde, o nível de orientação temporal-espacial, o conhecimento e a auto-percepção do estado de saúde, a utilização dos recursos, o estado funcional, as aptidões, as motivações e os dados sociodemográficos. Estes dados deverão ser recolhidos numa fase inicial no contacto directo com os doentes, as suas famílias e os elementos da equipa multidisciplinar, com vista à identificação de recursos e redes de apoio na alta do doente (Kennedy, 1987).

O estudo que Naylor e os seus colaboradores (1994) realizaram, calculou a diminuição de custos para os serviços de saúde na realização de um plano efectivo de alta, tendo como base de cálculo os reinternamentos, o recurso aos Serviços de Urgência e a Consultas, bem como outros suportes dos serviços. Também Jack, D. *et al* (2009) considerou que as altas não são planeadas com eficácia, não compreendendo diagnósticos,

terapêuticas e tratamentos, dando origem a novos episódios hospitalares. Quinze anos mais tarde, este investigador partiu do princípio que as idas ao Serviço de Urgência e os reinternamentos são comuns após a alta hospitalar, pelo que a sua investigação consistiu no acompanhamento durante o internamento, *follow-up* médico e articulação com os serviços de saúde primários, sendo que os participantes do *focus group* que foram sujeitos a uma preparação efectiva da alta manifestaram uma melhor preparação para o regresso à comunidade. No entanto, o processo de reinternamento é um fenómeno complexo e multifacetado entre os idosos, conforme definiu Gooding (1985). Assim, é fundamental que os serviços de internamento estabeleçam o planeamento da alta para a comunidade e para outros níveis de cuidados (Filho, 2000), sendo que melhores cuidados quer hospitalares quer nos pós alta estão associados a menores taxas de reinternamento (Bembassat, 2000). A preparação da alta faz com que as readmissões hospitalares sofram um decréscimo importante, o que dá origem a cortes nos custos, representando também um importante papel no que respeita à satisfação dos doentes. A revisão bibliográfica que Bembassat prosseguiu em 2000, partiu do princípio que entre 12% a 75% de todas as readmissões hospitalares de 1991 a 1998 poderiam ser prevenidas através do reforço de competências dos doentes e cuidadores, de uma avaliação prévia à alta e apoio posterior no domicílio. As suas conclusões foram no sentido de que as taxas de readmissão diminuíram de forma clara após a implementação de planos de alta e a adopção de *follow-ups* após a alta hospitalar.

Naylor *et al* (1994) demonstrou a necessidade de um planeamento específico de alta para os idosos, de forma a potenciar os resultados após o internamento, sendo que as situações estudadas demonstraram vulnerabilidade às fragilidades do meio ambiente: são idosos com um declínio funcional mais vincado após a alta, o que evidencia a importância do *follow-up* para perceber as necessidades e prevenir o recurso excessivo aos serviços de saúde. A autora estudou os efeitos que a preparação efectiva da alta hospitalar com uma população idosa e os seus cuidadores tem sobre a própria prestação de cuidados nos pós alta, bem como os custos que lhe estão inerentes. O mesmo estudo concluiu que nas seis semanas após a alta, os participantes tiveram menores taxas de reinternamento, o que sustenta a necessidade de encarar o planeamento da alta como essencial na gestão dos serviços.

O planeamento da alta, fundamental na efectivação da prestação de cuidados de saúde, envolve uma avaliação complexa das necessidades dos doentes e a integração do hospital e da comunidade na prestação de cuidados, de forma a facilitar a reentrada na comunidade. A participação da família no planeamento potencia o próprio plano e promove o sentido de responsabilidade no doente (Kennedy, 1987). Jack *et al* (2009) salienta a falta

de compreensão quanto a esquemas terapêuticos, o que representa lacunas que potenciam a agudização da doença, a utilização desnecessária de serviços de saúde e, evidentemente, os custos.

O estudo de Pedro (2010) constatou que é prioritário desenvolver estratégias de melhoria das informações prestadas aos utentes e aos seus familiares. A mesma investigação, que visou o estudo da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar, teve uma amostra de 6383 doentes e concluiu, entre outros, que a informação é um aspecto em que é prioritário agir, uma vez que os utentes se revelaram descontentes e cujo peso na qualidade dos serviços é elevado.

O estudo de Naylor (1994) foca ainda a necessidade de mais colaboração interdisciplinar para avaliar a preparação da alta, de forma a prever as fragilidades que vão surgir. O apoio no domicílio pode atenuar os efeitos da intervenção clínica, ou até mesmo fortalecer os indivíduos e as famílias. Isto significa que uma abordagem sistemática à alta hospitalar pode reduzir o uso desnecessário dos serviços de saúde, conforme os resultados que Jack (2009) obteve, segundo os quais a taxa de utilização hospitalar apresentou níveis significativamente mais baixos em doentes que estão mais informados sobre o seu diagnóstico, o que os faz ter um sentimento de melhor preparação para a alta. Os dados apontam no sentido da necessidade da implementação de programas adaptados de preparação da alta hospitalar para uma melhor auto percepção dos doentes para a alta e a redução da utilização hospitalar, uma das mais importantes preocupações nos sistemas de saúde actual. Esta ideia tinha já sido defendida por Kennedy (1987), na necessidade de uma avaliação adaptada para os idosos hospitalizados e da construção de um protocolo de alta precoce que visa facilitar a efectivação da alta, com ênfase na articulação multidisciplinar.

Em 1992, o estudo de Mamon concluiu que o envolvimento de um membro da equipa multidisciplinar, com as funções de gestão e coordenação do plano de alta nas mais variadas vertentes, está directamente relacionado com uma diminuição significativa na auto-percepção das necessidades por parte dos utentes e das famílias. Benbassat (2000) estimou que 12% a 75% de todos os reinternamentos hospitalares podem ser prevenidos através da aquisição de competências dos doentes, da avaliação prévia à alta e dos cuidados domiciliários, num estudo que compreendeu 749 participantes e que teve como principais intervenções de planeamento de alta a marcação de consultas de *follow-up*, a confirmação da medicação e a aquisição de competências com o apoio de um documento informativo para o próprio doente). Jack et al (2009) salienta que um quinto dos

internamentos hospitalares apresenta lacunas à data da alta, o que origina o recurso aos serviços de urgência e, evidentemente, a readmissão em serviços de internamento.

No planeamento da alta de cada doente, existem vários profissionais envolvidos, embora sejam três as categorias compreendidas em todas as situações: a equipa médica, a equipa de enfermagem e o assistente social. Os outros profissionais interferem quando é relevante, face a cada situação: o dietista, o psicólogo e o terapeuta, bem como outros serviços clínicos envolvidos no internamento e no processo de alta. De seguida, aprofunda-se o papel do Serviço Social, por se considerar ser o profissional que, de acordo com Colom (2000) tem um conhecimento mais holístico da pessoa, pelo estudo sócio-familiar e funcional que deve realizar à data do internamento, bem como por ser o elemento privilegiado para ser a interface da instituição hospitalar com as famílias e com os serviços comunitários, da área social e da saúde.

1.8.5 O papel do Serviço Social

De acordo com o artº 14, secção III do Decreto-Lei nº 48 357, de Abril de 1968, acerca do estatuto hospitalar, a acção dos estabelecimentos e serviços hospitalares é de natureza simultaneamente médica e social. O mesmo artigo define que a intervenção social no meio hospitalar tem essencialmente em vista a adequação das necessidades pessoais e familiares com a situação de doença, aspectos a serem tidos em conta no tratamento e no regresso ao domicílio, visando igualmente promover e facilitar o contacto dos doentes e famílias com as instituições da comunidade adequadas, com o objectivo de resolver e ultrapassar situações de necessidade. São funções do Serviço Social no Hospital, de acordo com o artº 97, nº1 do Capítulo 2 do DL nº 48358 sobre o Regulamento Geral dos Hospitais, a colaboração com os serviços de acção médica no estudo dos doentes, em ordem a determinar as causas e consequências sociais da doença, a resolução dos estados de crise ou carência dos doentes, estabelecendo contacto com os serviços internos ou externos adequados a cada caso.

O suporte social é fundamental para a promoção da saúde e bem-estar (Ribeiro, 1999 cit. por Sequeira, 2007), devendo-se encontrar alternativas assistenciais que visem a participação do idoso dependente, bem como do seu cuidador, em actividades sociais significativas. O planeamento das necessidades dos doentes, nomeadamente dos idosos, é uma das funções mais importantes do Assistente Social do hospital, face à urgência em diminuir os períodos de internamento e ao aumento de patologias crónicas, o que obriga a uma intervenção tão cedo quanto possível, a partir do início do internamento (Lindenberg e

Coulton, 1980 cit. por Colom, 2000; Rehr, Berkman e Rosenberg, 1980 cit. por Colom, 2000).

Schrager et al (1978) cit. por Kennedy (1987) investigou o efeito da referenciação dos doentes idosos ao Assistente Social nas 48 horas subsequentes ao início do internamento, concluindo que estes doentes tinham alta hospitalar numa média de 5 dias antes dos doentes em que não era realizada avaliação social. O ponto fulcral da estratégia neste estudo era na comunicação com o doente e a família, na explicação e clarificação do planeamento da alta, bem como o *follow-up* após a alta de internamento.

O Serviço Social hospitalar deve identificar e tratar as dificuldades que o doente e a família terão face à doença, com enfoque nos problemas sociais que possam impedir o seu regresso ao domicílio. Como principais objectivos da sua intervenção, destacam-se a continuidade do apoio aos doentes, a garantia do suporte psicossocial para enfrentar a mudança a que a doença obriga, a facilitação da admissão de outros doentes no hospital no mínimo de tempo possível, a oferta de respostas e alternativas viáveis em termos de apoio, a adequação dos recursos utilizados, evitar estadias desnecessárias para além da data de alta clínica, identificar os défices de recursos no hospital e na comunidade e determinar a capacidade de resposta da comunidade aos problemas identificados (Colom, 2000).

CAPÍTULO II

PROBLEMÁTICA

O actual planeamento das altas hospitalares dá origem a dificuldades de adaptação dos doentes e das suas famílias, nomeadamente quanto ao surgimento de eventuais novas situações de dependência que decorram da situação clínica, bem como aos cuidados inerentes à situação de saúde após o internamento. Em grande medida, estas situações estão associadas à incompreensão das informações necessárias no regresso ao domicílio, que frequentemente são transmitidas de forma casuística à data da alta. Quando o doente regressa a casa, é essencial que as famílias ganhem segurança face à situação e esta pode ser proporcionada através da informação veiculada pelos serviços quanto aos cuidados a ter no que respeita à doença, alimentação, medicação, encaminhamentos para outros cuidados de saúde e de cariz social, bem como outras diligências e contactos que devem efectuar com vista ao bem-estar do doente que tem alta de um serviço hospitalar. Os estudos apresentados por Naylor (1994), Jack *et al* (2004) e Pedro (2010) apontam para o fato de que o planeamento integrado e preparado dá origem a melhores resultados ao nível da satisfação dos doentes e cuidadores, com evidentes impactos no seu bem-estar. De fato, o bem-estar é um conceito intrinsecamente relacionado com a qualidade de vida e a satisfação das necessidades humanas. A este propósito, Constanza e os seus colaboradores (2006, cit. por CRPG & ISCTE, 2007) destacam a compreensão como um dos domínios críticos das necessidades humanas.

A ilustrar esta perspectiva, Naylor (1994) estudou os efeitos que um protocolo de planeamento de alta adaptado e específico para os idosos tem no doente, no cuidador e no custo dos cuidados. Verificou que é necessário um planeamento de alta específico para potenciar resultados após a alta, bem como a diminuição dos reinternamentos. Também Jack (2009) corroborou que um acompanhamento mais próximo do doente e da família no que diz respeito ao processo de alta permite reduzir as reincidências no hospital (no seu estudo, em 30%), através do apoio nas marcações de consultas de *follow-up* clínico, na confirmação da medicação prescrita, na articulação com outros níveis de cuidados e no *follow-up* telefónico. O autor concluiu que uma abordagem sistemática à alta hospitalar pode reduzir o uso desnecessário dos serviços de saúde.

Uma das estratégias de planeamento de alta do estudo de Jack (2009) foi a criação de uma ficha do doente que incluía contactos e informações, como datas de consultas e exames, horário da medicação, exames com resultados pendentes, descrição diagnóstica e procedimentos no caso do surgimento de algum problema. A informação desta ficha pretendeu-se simplificada, para que todas as pessoas a pudessem entender. No follow-up, esta ficha foi valorizada pelos participantes, bem como o modo como foi entregue, acompanhada de explicação, verificando-se que aumentou a compreensão dos autocuidados por parte do próprio doente. Ainda sobre o estudo de Jack (2009), salienta-se que a lógica da investigação gravitou em torno dos reinternamentos e da preparação auto percebida para a alta. Mais de 20 anos antes, a investigação de Kennedy (1987), com objectivos e resultados na mesma linha, concluía que só através de um planeamento efectivo e integrado se permite que o doente e a família tenham disponível um profissional conhecedor da situação na sua globalidade, que pode dar sugestões para o pós alta (ao nível dos recursos, equipamentos e outras providências), para manter o bem-estar após a alta do internamento, promovendo ainda o sentido de responsabilidade no doente. Estando o conceito de bem-estar intrinsecamente relacionado com as necessidades humanas (Constanza et al, 2006, cit. por CRPG & ISCTE, 2007), evidencia-se a privação da compreensão como um factor crítico de bem-estar, o que leva à reflexão da importância da clarificação e entendimento no processo de alta hospitalar, por parte de todos os envolvidos no processo.

Actualmente nas instituições hospitalares prevalece a lógica biomédica, que se pauta habitualmente pela falta de articulação multidisciplinar nos serviços de internamento, à data da alta hospitalar, e que ignora muitas vezes os processos de aprendizagem e aquisição de conhecimentos por parte do doente e da sua família. Esta reflexão levanta a questão dos efeitos positivos que poderá ter um planeamento integrado da equipa multidisciplinar com os doentes/ famílias. Na realidade, o planeamento das altas hospitalares é realizado independentemente pelos diferentes profissionais, não havendo uma integração das informações de forma clara, bem como uma transmissão eficaz destas informações à família. Será que os doentes e os cuidadores apreendem a informação importante? Ou, por outro lado, há uma compartimentação da informação, que pode ser redundante, incompleta, ou até contraditória? Muitas vezes a família não compreende e não tem espaço para clarificar. A insegurança da situação interfere na qualidade de vida e bem-estar dos idosos, que muitas vezes face à ambiguidade recorrem inúmeras vezes aos serviços de saúde, em situações que se evidenciam como desnecessárias. Na mesma linha, será que a existência de um documento escrito se assume como um suporte importante, um recurso para os doentes e famílias que, no domicílio, se deparam com dúvidas e dificuldades?

2.1 Modelo de Análise

Após o trabalho de natureza exploratória, a construção do Modelo de Análise visa a sistematização da “análise e recolha dos dados de observação ou experimentação” (Quivy, 1992: 15), na construção dos conceitos e das hipóteses, precisando dimensões e indicadores, relações entre conceitos e entre hipóteses.

| Conceito | Dimensões | Indicadores | Instrumentos de Recolha de Dados |
|--------------------------------|------------------------------|--|----------------------------------|
| PLANEAMENTO DA ALTA HOSPITALAR | Transmissão de Conhecimentos | Perceção do recetor da informação quanto a cuidados pós alta | Questionário telefónico |
| | | Perceção do recetor da informação quanto à medicação | |
| | | Perceção do recetor da informação quanto aos encaminhamentos | |
| | | Perceção do recetor da informação quanto às diligências a efectuar após a alta | |
| | | Clareza da Linguagem | |
| | | Avaliação das famílias quanto à comunicação verbal | |
| | | Utilidade do suporte escrito para o doente/ família | |
| | | Avaliação das famílias quanto à comunicação escrita (ficha individual de alta) | |
| | | Cumprimento do plano pós alta | Questionário telefónico |

| | | | |
|--|------------------------------|---|-------------------------|
| | Articulação Multidisciplinar | Perceção dos doentes/ famílias quanto à preparação multidisciplinar de alta | Questionário telefónico |
| | Bem-Estar dos Idosos | Perceção dos doentes e famílias quanto ao bem-estar | Questionário telefónico |
| | | Satisfação dos idosos/ famílias quanto ao processo de alta hospitalar | |
| | | Índice de Reincidências Hospitalares | Questionário Telefónico |
| | | Compreensão das indicações pós alta | Questionário telefónico |

Quadro 1: Modelo de Análise

2.2 Objectivo Geral

Analisar a forma como um planeamento articulado de alta hospitalar, promove a satisfação e o bem-estar dos idosos e famílias, tendo impacto ao nível da redução das reincidências hospitalares.

2.3 Objectivos específicos

- Caracterizar a população idosa utente de um Serviço de Medicina Interna no momento inicial do internamento quanto a: idade, sexo e grau de dependência.
- Identificar as características centrais de um planeamento integrado de alta hospitalar;
- Identificar os aspectos que determinam o bem-estar dos idosos após a alta do hospital;
- Identificar as necessidades e principais dificuldades dos doentes/ cuidadores à data da alta hospitalar;
- Analisar as taxas de reincidência hospitalar em doentes com alta de internamento recente nos doentes com e sem preparação de alta integrada.

2.4 Hipótese

- O planeamento integrado da alta hospitalar dos idosos tem um impacto positivo ao nível da satisfação e do sentimento de bem-estar global dos idosos quando regressam ao domicílio, influenciando na redução das reincidências hospitalares.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

Tendo em conta o objecto de estudo e os objetivos definidos nesta investigação, optou-se por utilizar a metodologia qualitativa, “definida como aquela que privilegia a análise de microprocessos, através do estudo das acções sociais individuais e grupais, realizando um exame intensivo dos dados” (Souza Martins, 2004: 289). Os métodos qualitativos dão ênfase ao significado dos fenómenos, e não à frequência, produzindo explicações contextuais e centrando-se no específico para compreender o fenómeno estudado. (Martins, 2004).

No entanto, e dado que “a pluralidade de paradigmas de investigação (...) é defensável face à complexidade dos fenómenos” (Lima e Pacheco, 2006: 105), será utilizada concomitantemente a metodologia quantitativa observacional descritiva, no que respeita à caracterização da população em estudo e à exploração de algumas das tendências dos resultados.

3.1 Procedimentos

Deste modo, à entrada no serviço de internamento e durante o mês de Junho, foram recolhidos dados com variáveis universais: sexo, idade e grau de dependência em dois momentos distintos: à data da admissão e à data da alta. Os dados referentes à dependência serão codificados respeitando a escala ECOG (Quadro 2). Esta é uma escala que se pauta pela objectividade e simplicidade (Silva, 2009) de avaliação funcional do performance status da *Eastern Co-operative Oncology Group* (ECOG)/Organização Mundial de Saúde (OMS). Como foi anteriormente referido, estes dados serão relevantes no que respeita à caracterização dos indivíduos que integram a investigação.

- | |
|---|
| <p>0 - Actividade normal.</p> <p>1 - Restringida a actividade física extenuante, mas em ambulatório.</p> <p>2 - Em ambulatório, mas incapaz de realizar qualquer actividade de trabalho.</p> <p>3 - Restringido à cama ou cadeira por mais de 50% das horas em que está acordado</p> <p>4 - Totalmente restringido a permanecer na cama ou na cadeira.</p> <p>5 – Morte</p> |
|---|

Quadro 2 – Escala de valores do Performance Status (ECOG/OMS)

Optou-se por integrar no estudo todos os indivíduos com mais de 64 anos que sejam admitidos em internamento hospitalar no Serviço de Medicina 1B do Centro Hospitalar Lisboa Norte durante o mês de Junho, desde que não estejam integrados em lar ou em Unidades de Cuidados Continuados. Apesar de ter variações, a média de doentes internados por dia no Serviço de internamento em causa é de três, o que dará um total de 90 doentes, dos quais se fará a exclusão dos que foram anteriormente referidos. De forma aleatória e equitativa, os indivíduos serão distribuídos por dois grupos, o grupo experimental (onde a alta hospitalar será planeada de forma integrada) e o grupo de controlo (onde a alta hospitalar será programada da forma habitual).

O presente estudo decorreu no Serviço de Medicina 1B do Centro Hospitalar Lisboa Norte. Os dados respeitantes a todos os doentes admitidos no internamento foram recolhidos durante o mês de Junho de 2012 e o follow up efectuado no mês de Julho, cerca de 30 dias após a alta hospitalar. Neste período, foram admitidos 82 doentes, sendo incluídos no presente estudo 41 (Gráfico 1). A selecção dos participantes obedeceu a 5 critérios: a idade superior a 65 anos, o doente não estar integrado em lar ou em Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, não ser transferido para outros serviços ou hospitais no decorrer do internamento e naturalmente, os doentes cujos óbitos ocorreram durante o internamento. Estes critérios justificam-se com o interesse em analisar apenas os

processos de planeamento de alta das pessoas idosas, considerando-se os que residem fora de instituições, uma vez que estas são também constituídas por profissionais de saúde, o que facilita à partida o cumprimento adequado do planeamento da alta ao nível da comunicação, da linguagem e dos conhecimentos na área da saúde.

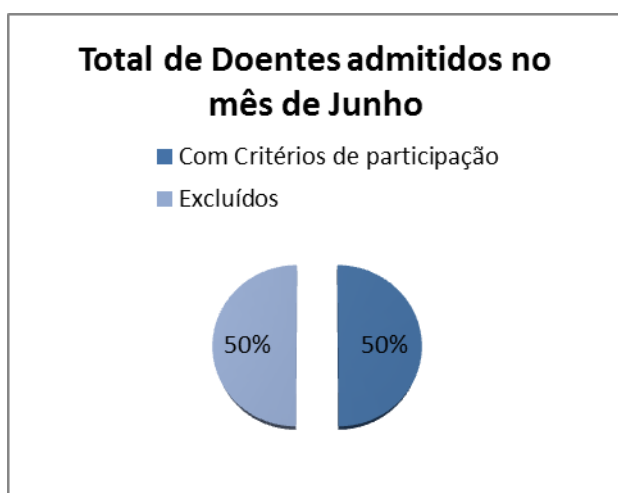


Gráfico 1: Total de Doentes admitidos no mês de Junho

O Gráfico 1 mostra que metade dos doentes admitidos foram excluídos como participantes da presente investigação, remetendo-se para o gráfico 2 os motivos dessa exclusão.

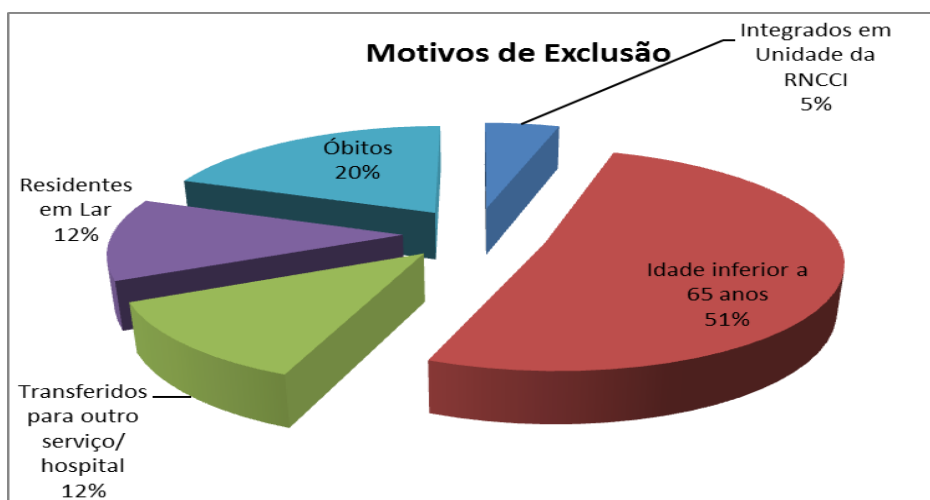


Gráfico 2: Motivos de Exclusão do estudo

Desta forma, 51% dos doentes excluídos tinham menos de 65 anos, 20% faleceram após a admissão no Serviço de Medicina 1B, 12% foram transferidos, no decorrer do internamento, para outros serviços do Centro Hospitalar ou para outros Hospitais, 12% residiam ou foram integrados no decurso do internamento em estruturas residenciais de lar para idosos e 5% estavam ou foram integrados em Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

No total dos doentes internados no Serviço de Medicina 1B do Centro Hospitalar Lisboa Norte, é importante referir que, conforme o gráfico 3, mais de metade (52%) destes indivíduos tinha idade igual ou superior a 80 anos, o que espelha bem o carácter envelhecido da população utente destes serviços de internamento. Optou-se pela apresentação do gráfico 3 recorrendo a categorias de idades mais abrangentes para permitir uma visualização dos dados de forma mais clara. 16% destes doentes eram septuagenários, 13% tinham entre 60 e 69 anos e apenas 19% tinham uma idade inferior a 60 anos.

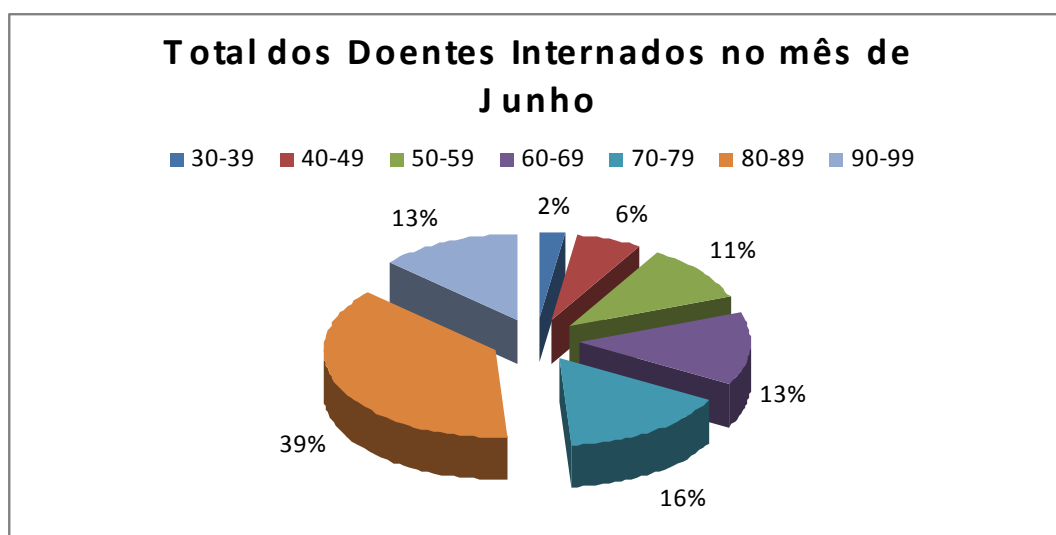


Gráfico 3: Total dos Doentes Internados no mês de Junho

A partir do início do internamento, iniciou-se o planeamento da alta para os participantes do grupo experimental: será mantida articulação permanente entre os elementos integrantes da equipa (nomeadamente médico, enfermeiro e assistente social, embora se admita a participação de outros profissionais quando justificável), com vista à detecção das necessidades e cuidados que o doente irá ter após a efectivação da alta hospitalar. Concomitantemente, será realizada, no período que antecederá a alta, uma (ou

mais, se justificável) abordagem ao doente/ família, numa entrevista com um membro da equipa (investigadora) que tem o objectivo de clarificar estas mesmas necessidades e cuidados que o doente necessita. Será construída e entregue a Ficha Individual de Alta (em anexo), na qual constam as informações disponibilizadas pelos profissionais envolvidos: consultas marcadas e por marcar, diligências efectuadas e a efectuar, contactos úteis e cuidados específicos (relativos a dieta e outras recomendações personalizadas). Esta ficha pretende constituir um guia de leitura simplificada para os doentes e familiares que participem nos cuidados, para evitar a prestação incorrecta dos apoios, situações de ansiedade e as recorrências evitáveis aos serviços de saúde, tendo como pano de fundo o bem-estar dos próprios idosos e suas famílias.

Para os participantes do grupo controlo, a alta será preparada da forma habitual, em que cada um dos profissionais envolvidos disponibiliza as suas recomendações de forma segmentada e muitas vezes transmitida apenas de forma verbal.

Um mês após a efectivação da alta, e para todos os participantes da investigação, será feito um contacto telefónico de *follow-up*, utilizando a técnica de entrevista, num modelo semi-directivo (em anexo). Esta entrevista fundamenta-se no modelo de análise proposto e tem como objectivos analisar a forma como é transmitida a informação necessária ao doente/ cuidador à data da alta hospitalar e identificar as necessidades e principais dificuldades dos doentes/ cuidadores, com a finalidade de identificar os aspectos que determinam o bem-estar dos idosos após essa alta.

A entrevista telefónica usa como estratégia o formato de questões sob forma de questionário de resposta fechada e aberta, e ambas foram objecto de análise quantitativa dos dados. As questões abertas tiveram a finalidade de explorar novas categorias que os participantes poderiam invocar, e os dados serão interpretados à luz da técnica da análise de conteúdos, cuja definição clássica “é uma técnica de investigação para a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação (Beleson e Lazarsfeld, 1952, cit. por Lima et al, 2006: 108). A categorização será realizada através de procedimento fechado e procedimento aberto. Usa-se o procedimento fechado na medida em que existe uma lista prévia de categorias que são enunciadas aos participantes e complementarmente aberto, uma vez que algumas categorias vão emergir do próprio material, numa análise de conteúdo temática (na criação de categorias específicas), utilizando a terminologia de Ghiglione e Matalon (Lima et al, 2006).

Durante o mês de Julho e até oito dias após a alta hospitalar do último doente do estudo internado, foram contabilizados os episódios de reinternamento para ambos os grupos da investigação, com o objectivo de aferir as diferenças que possam surgir devido à diferença de planeamento do processo de alta. Mueller (2010) salienta que a definição de reinternamento varia bastante entre investigadores quanto ao período de tempo que deve ser considerado, o que vai originar variações enormes no que respeita às taxas de reinternamento reportadas. Na presente investigação, contar-se-á como reinternamento a readmissão hospitalar num período de trinta dias após a alta. A taxa de readmissão a 30 dias constitui um indicador de efectividade dos hospitais, uma vez que as readmissões a 30 dias após o episódio de internamento hospitalar podem dar indicações de falta de qualidade dos cuidados prestados, ou da existência de processos de tratamento incompletos (Centro de Investigação e Apoio à Gestão de Organizações de Saúde, 2006).

A análise dos resultados foi realizada com o *software* estatístico PASW Statistics 18 (ex SPSS).

3.2 Instrumento

Para a recolha dos dados, foi construído um questionário (*vide* em anexo) com características semi-directivas, posteriormente aplicado por via telefónica à amostra. Foram registadas as respostas de todos os participantes, procedendo-se à codificação e registo destes dados em PASW Statistics 18. Para a análise das respostas e posterior tomada de conclusões, construíram-se tabelas simples e comparadas, para uma melhor visualização dos resultados.

3.3 Amostra

Na data da recolha dos dados, 15% dos participantes pertenciam ao grupo etário compreendido entre os 70 e 74 anos, 12 % entre 75 e 79 anos, 10% entre 65 e 69 anos, 10% entre 90 e 94 anos e 2% encontravam-se na faixa etária mais idosa, dos 95 aos 99 anos. A segunda faixa etária com maior frequência entre os participantes é a que está imediatamente abaixo (19% entre os 80 e os 84 anos de idade), o que significa que mais de metade dos participantes é octogenária (Gráfico 4).

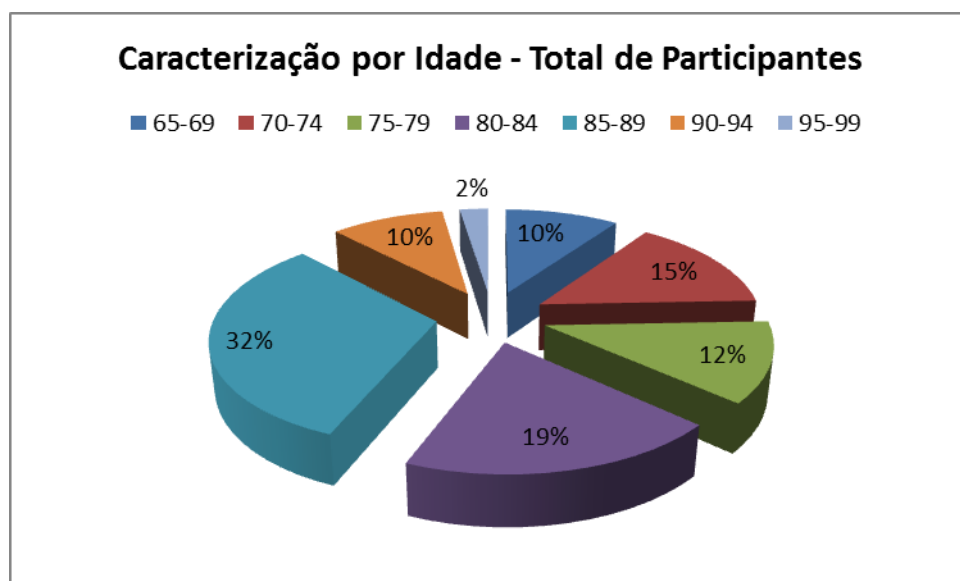


Gráfico 4: Caracterização por Idade – Total de Participantes

Analisando os dados pelos dois grupos criados para a investigação, salienta-se que no grupo experimental não estiveram representados participantes entre os 90 e 94 anos, tendo os restantes grupos etários oscilações pouco diferenciadas face à dimensão da amostra (Gráfico 5). Por outro lado, o grupo de controlo teve uma menor representação de participantes entre os 70 e 74 anos e uma ausência de participantes do grupo mais idoso, entre os 95 e os 99 anos. (Gráfico 6).

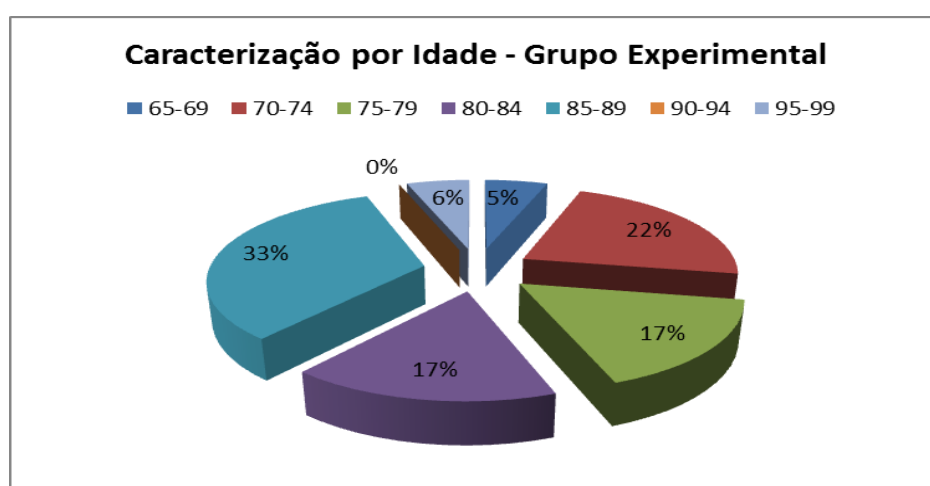


Gráfico 5: Caracterização por Idade – Grupo Experimental

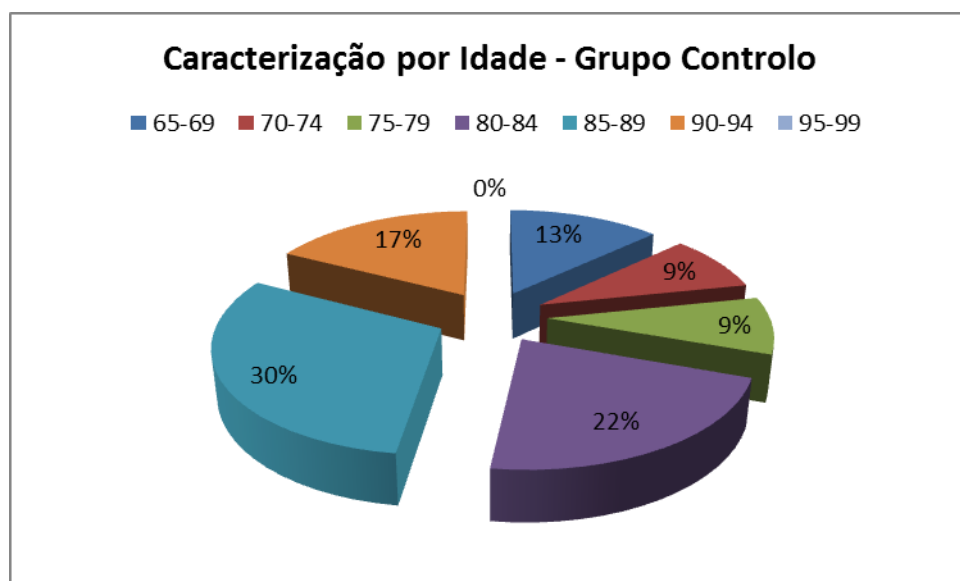


Gráfico 6: Caracterização por Idade – Grupo Controlo

No que respeita ao género, os dados mostram a predominância de mulheres na amostra (68%), revelando que, durante o mês em que foram recolhidos os dados, foram internadas mais mulheres do que homens (Gráfico 7).

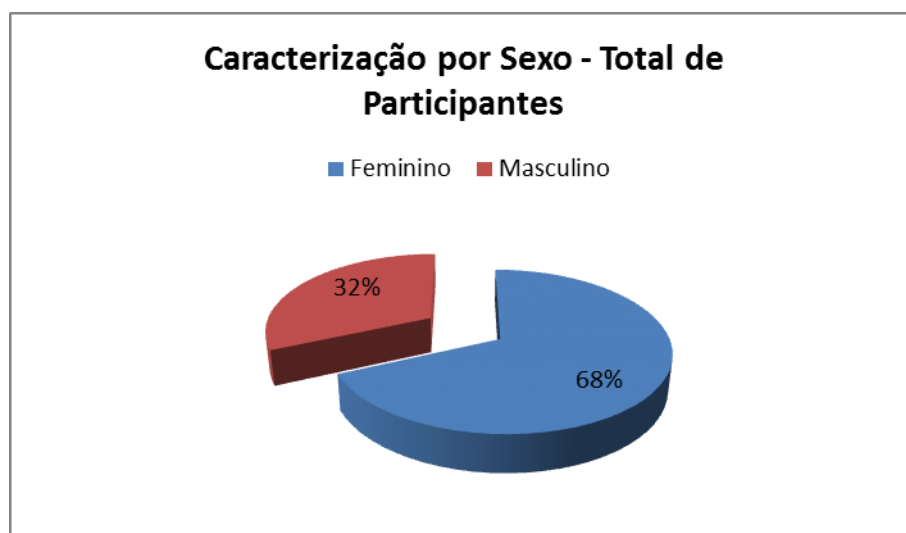


Gráfico 7: Caracterização por Sexo – Total de Participantes

A predominância do género feminino é observável em ambos os grupos (Gráficos 8 e 9), embora seja mais notória no grupo controlo (tendo os participantes sido distribuídos pelos grupos da investigação de forma aleatória), com 74% de mulheres e apenas 26% de homens.



Gráfico 8: Caracterização por Sexo – Grupo Experimental

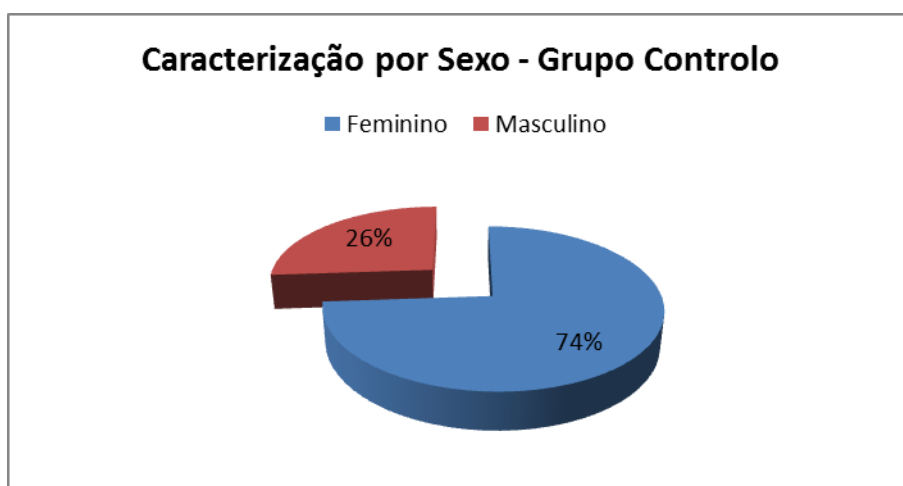


Gráfico 9: Caracterização por Sexo: Grupo Controlo

CAPÍTULO IV

ANÁLISE DOS RESULTADOS

De acordo com os objectivos do estudo, a análise dos dados contempla a caracterização da população idosa utente de um Serviço de Medicina Interna no início e no final do internamento quanto ao grau de dependência dos doentes e pretende explorar as características de um planeamento eficaz de alta hospitalar, bem como os aspectos que determinam a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos após a alta do hospital. Estes dados são analisados considerando as dimensões do modelo de **planeamento da alta hospitalar**, adotado na investigação (página 24), e a hipótese de que o planeamento integrado da alta hospitalar tem um impacto positivo ao nível da satisfação, do bem-estar global dos idosos e da redução das reincidências hospitalares.

4.1 Caracterização da população idosa utente de um Serviço de Medicina Interna, pelo grau de dependência

No Gráfico 10 é possível analisar o grau de dependência do total dos idosos participantes à data da admissão no Serviço de Medicina 1B. Respeitando a escala ECOG¹, é possível aferir que mais de metade (56%) dos doentes é autónoma (Grau 1) quando são admitidos no hospital, embora esta autonomia possa ter ligeiras limitações face à patologia que conduziu ao internamento. Por outro lado, 27% dos participantes apresenta uma dependência ligeira (Grau 2), na medida em que têm a capacidade de realizar as actividades mais básicas de vida diária (como os autocuidados ou a alimentação), mas não as actividades de carácter instrumental, estando acamados menos de metade do dia. Nos participantes, 15% foram admitidos em regime de internamento numa situação de dependência elevada (Grau 3), estando acamados mais de 50%, com uma autonomia bastante condicionada, com a capacidade de realizar muito poucas actividades de vida diária de forma independente. Por último, apenas 2% dos doentes foram admitidos com um grau de dependência bastante elevada (Grau 4), sem capacidade para qualquer tipo de actividade ou autocuidado.

¹ *Eastern Cooperative Oncology Group*: 1-Restringida, mas ambulatoria; 2-Ambulatoria, não realiza actividades de trabalho; 3-Restringido à cama ou cadeira por mais de 50% do tempo; 4-Acamado.

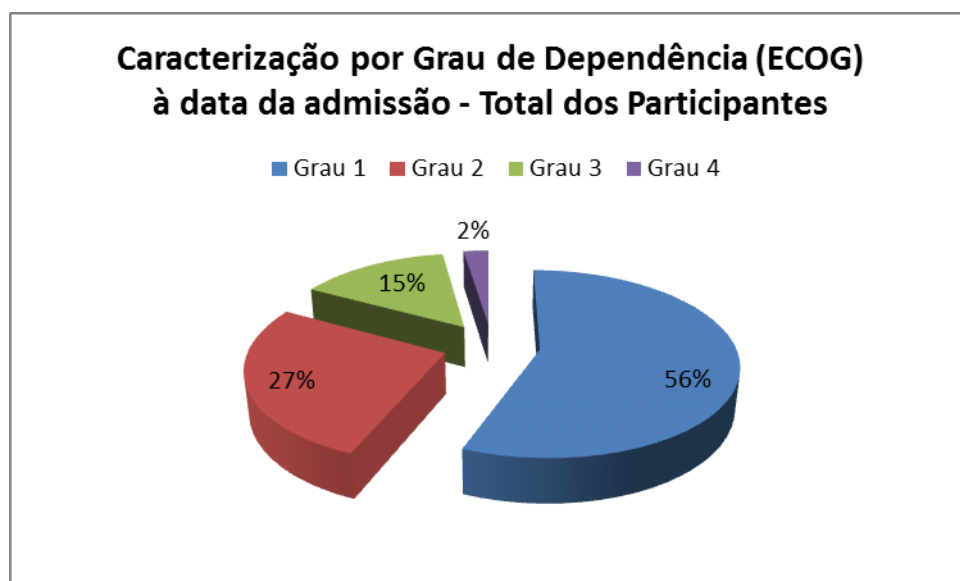


Gráfico 10: Caracterização por Grau de Dependência (ECOG) à data da admissão – Total dos Participantes

Considerou-se importante explorar esta caracterização do grau de dependência entre os grupos de investigação, observáveis nos Gráficos 11 e 12. Os grupos são homogéneos quanto à variável “grau de dependência à data da admissão”, sem diferenças significativas.

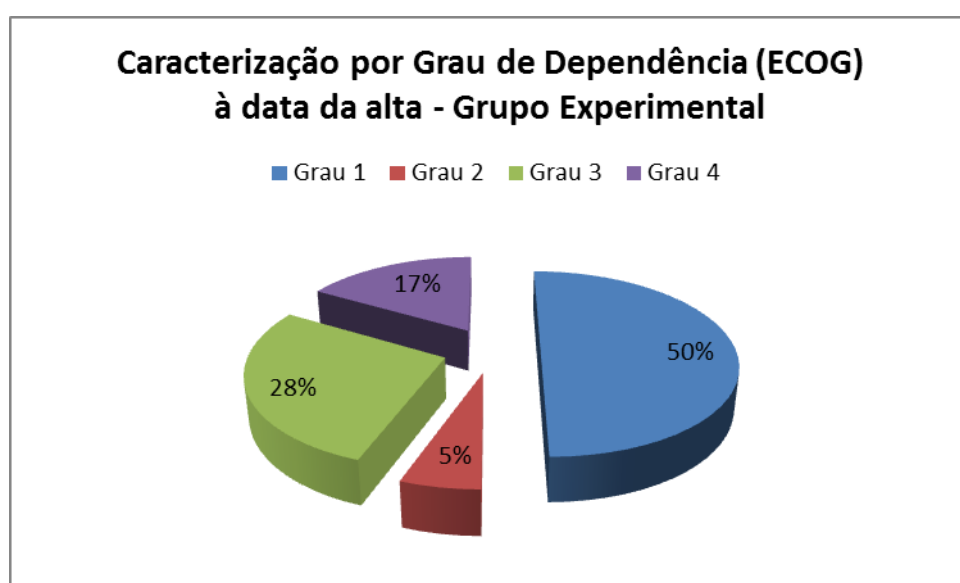


Gráfico 11: Caracterização por Grau de Dependência (ECOG) à data da admissão – Grupo Experimental

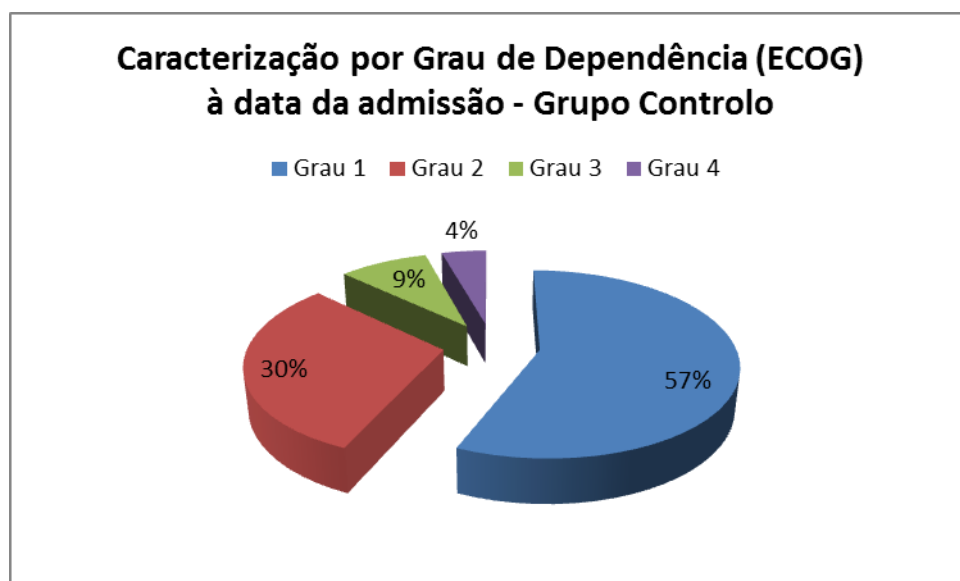


Gráfico 12: Caracterização por Grau de Dependência (ECOG) à data da admissão – Grupo Controlo

Passando à análise dos participantes no momento final do internamento, que corresponde à alta hospitalar, o Gráfico 13 evidencia que há uma discreta tendência para o aumento do grau de dependência (Escala *Eastern Co-operative Oncology Group* - ECOG). Assim, 5% dos participantes deixaram de ser totalmente autónomo, o que poderá corresponder a um período transitório ou definitivo, muito embora se assuma que esta alteração esteja directamente relacionada com o próprio processo de internamento. De resto, apenas a percentagem de doentes com dependência baixa (Grau 2) teve um decréscimo significativo, aumentando os doentes com dependência elevada (Grau 3) e muito elevada (grau 4), o que corresponde ao aumento dos índices de dependência entre os participantes. Este aumento do índice de dependência está directamente relacionado com a patologia que motivou o internamento, assim como as intercorrências clínicas que daí resultaram. É uma alteração ao nível funcional que reforça de forma ainda mais evidente as necessidades de suporte do doente e família à data da alta hospitalar, uma vez que gera novas situações de dependência.

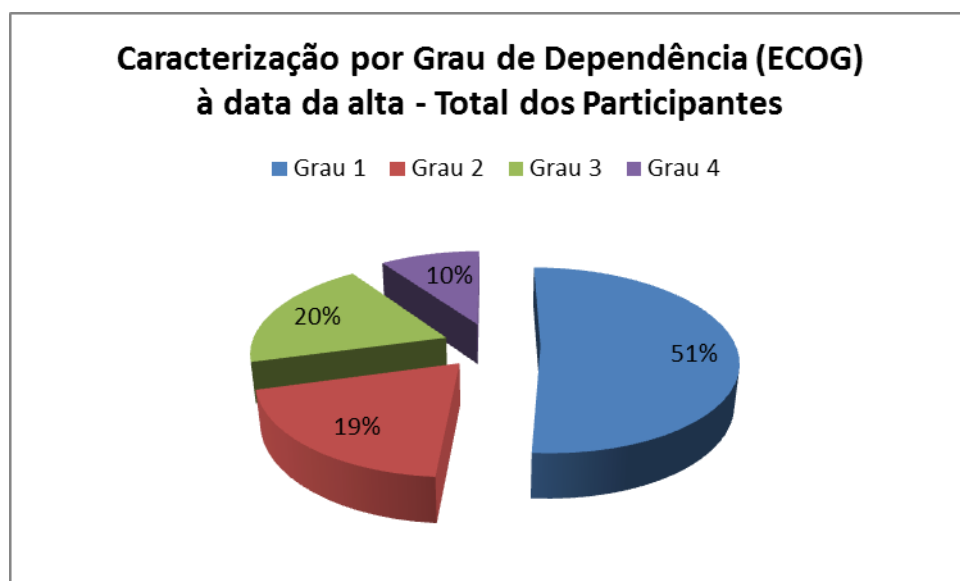


Gráfico 13: Caracterização por Grau de Dependência (ECOG) à data da alta – Total dos Participantes

Na análise dos grupos que compõem a amostra, verifica-se que entre os doentes que saíram do hospital com algum grau de dependência (Gráficos 14 e 15), o grupo experimental inclui a maioria dos participantes com um grau de dependência muito elevado (17%- Grau 4) e com grau de dependência baixa (5% - Grau 2), enquanto no grupo de controlo estão representados os doentes com grau de dependência elevado (13% - Grau 3). No entanto, há a salientar que 50% e 52% dos participantes se situam no grau 1, respectivamente no grupo experimental e no grupo controlo. Desta forma, há diferenças entre os dois grupos da investigação no que respeita ao grau de dependência à data da alta, uma vez que o grupo experimental reúne a maioria dos doentes totalmente dependentes. No entanto, estas diferenças são pouco significativas na medida em que o grupo controlo congrega mais doentes com um grau de dependência elevado.

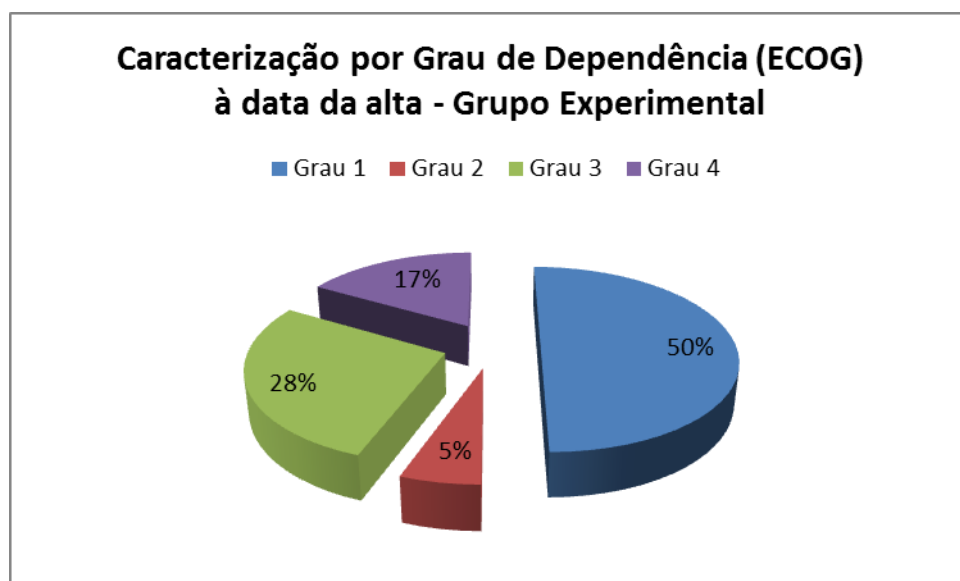


Gráfico 14: Caracterização por Grau de Dependência (ECOG) à data da alta – Grupo Experimental

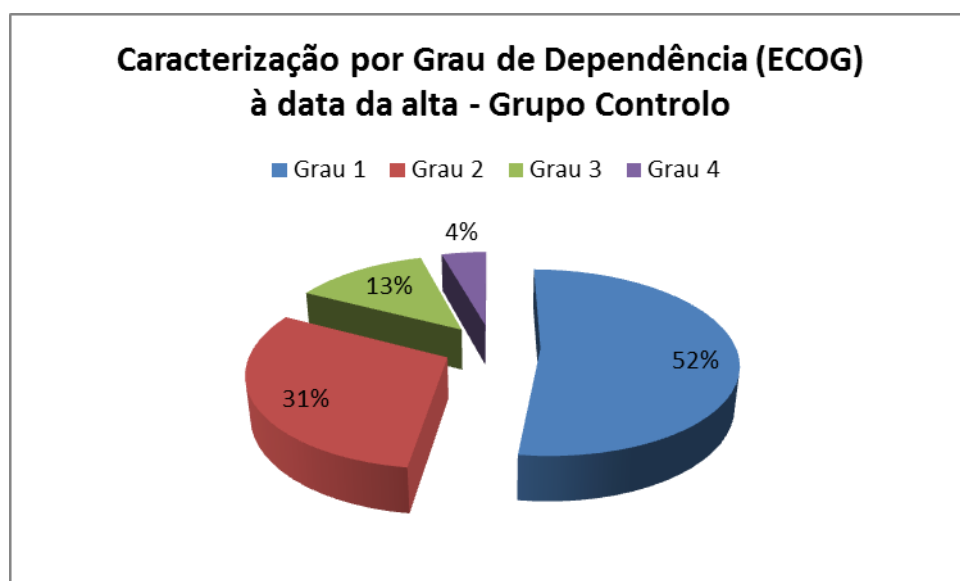


Gráfico 15: Caracterização por Grau de Dependência (ECOG) à data da alta – Grupo Controlo

No que diz respeito ao grau de dependência, os indivíduos sofreram ligeiras alterações no sentido da perda da autonomia, quando comparado o estado face ao início da hospitalização. Seguidamente, será analisada a percepção da transmissão de conhecimentos, avaliada através do *follow-up* telefónico.

4.2. Dimensão Transmissão de Conhecimentos

4.2.1 Percepção da informação. Intervenientes de apoio

A Tabela 1 apresenta os dados que permitem avaliar a dimensão “transmissão dos conhecimentos”, quanto à percepção que os dois grupos possuem das fontes de apoio, no processo de alta hospitalar. A maioria dos doentes e das suas famílias refere os diferentes intervenientes do processo da alta; cerca de 79% dos participantes do grupo controlo consideram ter tido apoio completo e multidisciplinar na vertente médica, de enfermagem e social, sendo esta percentagem ainda maior no grupo experimental (82,4%).

| Tipo de apoio | Grupo controlo | | Grupo experimental | |
|-----------------------------|----------------|------|--------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Apoio médico | 1 | 4,2 | 0 | 0 |
| Apoio social | 2 | 8,3 | 1 | 5,9 |
| Médico, enfermagem e social | 19 | 79,2 | 14 | 82,4 |
| Médico e enfermagem | 1 | 4,2 | 1 | 5,9 |
| Médico e social | 1 | 4,2 | 0 | 0 |
| Enfermagem e social | 0 | 0 | 1 | 5,9 |
| Total | 24 | 100 | 17 | 100 |

Tabela 1: Intervenientes de apoio

4.2.2 Percepção da informação. Avaliação da Informação

A Tabela 2 apresenta a avaliação que os doentes fazem quanto à pertinência da informação recebida, observando-se uma avaliação positiva em cerca de 67% dos participantes do grupo controlo e esta percentagem é mais elevada no grupo objecto da intervenção (experimental) (cerca de 77%). Apesar de ser alta em ambos os grupos, a análise da percepção da pertinência da informação recebida evidencia que o planeamento integrado da alta influenciou a aquisição de informações importantes relacionadas com o regresso ao domicílio em mais 10% dos indivíduos, em relação ao grupo controlo.

| Avaliação da informação | Grupo controlo | | Grupo experimental | |
|-------------------------|----------------|------|--------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Sim | 16 | 66,7 | 13 | 76,5 |
| Não | 8 | 33,3 | 4 | 23,5 |
| Total | 24 | 100 | 17 | 100 |

Tabela 2: Avaliação da Informação

De modo a explorar as informações críticas em cada um dos grupos, a Tabela 3 apresenta a tabela de contingência, considerando os participantes que avaliaram de modo negativo a informação (Tabela 2) com o cruzamento da variável “tipo de informação em falta”. Observa-se que os participantes do grupo sob condição experimental, em que as informações da alta foram coordenadas, não sentiam falta de informação sobre medicação e plano terapêutico, internamento e alta, enquanto os participantes do grupo controlo revelaram como principais faltas de informação os dados sobre encaminhamentos para outros serviços de saúde (consultas externas e exames complementares de diagnóstico, por exemplo) e as diligências que teriam de tomar (marcações, contactos telefónicos, por exemplo) (62,5%). Estes dados significam que permaneceram dúvidas relativamente a questões de carácter prático e de seguimento dos doentes que tiveram alta hospitalar, enquanto o grupo em que foi realizada o procedimento experimental da alta revelou menos falta de informação (25%) sobre estes aspectos. Note-se que as percentagens acima apresentadas se referem ao total de doentes que identificaram algum tipo de informação em falta e não ao total da amostra.

| Falta de informação X tipo de informação em falta | | | GC | GE |
|---|---|--------|------------------------------|------------------------------|
| | | | Possuía todas as informações | Possuía todas as informações |
| | | | Não | Não |
| Informação em falta | Medicação e plano terapêutico, internamento, alta | N % | 2 25% | 0 |
| | Encaminhamentos e diligências | N % | 5 62,5% | 1 25% |
| | Doença | N % | 1 12,5% | 2 50% |
| | Articulação com serviços de saúde externos, | N % | 0 | 1 25% |
| Total | | N % | 8 100% | 4 100% |

Tabela 3- Tabela de contingência: Falta de informação X tipo de informação em falta

Nota: GC- Grupo controlo, GE- Grupo experimental

4.2.3 Perceção da informação. Necessidade de informação sobre a doença e cuidados

Com o objectivo de conhecer com mais detalhe as necessidades sentidas pelos participantes (expostas na Tabela 3), foi pedido que, relativamente à doença e aos cuidados, especificassem os aspectos que consideravam prioritários e que não tinham sido satisfeitos. Desta forma, a Tabela 4 mostra que 12,5% dos participantes do grupo controlo necessitavam de mais informação sobre a doença e os cuidados no pós-alta, 4,2%

identificaram a necessidade de uma comunicação mais eficaz e 8,3% salientaram que seria útil ter mais informação a par de uma comunicação mais eficaz. No grupo experimental, estes últimos aspectos não foram focados, e 24,5% indicam que precisariam de mais informação. Salienta-se que, apesar destas diferenças, a proporção de doentes que manifestaram ter informação foi elevada, embora tenha sido exclusivo no grupo controlo a manifestação de falhas na comunicação.

| Informação | Grupo controlo | | Grupo experimental | |
|--------------------------------------|----------------|------|--------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Com informação | 18 | 75 | 13 | 76,5 |
| Necessidade de mais informação | 3 | 12,5 | 4 | 24,5 |
| Necessidade comunicação mais eficaz | 1 | 4,2 | 0 | 0 |
| Necessidade comunicação e informação | 2 | 8,3 | 0 | 0 |
| Total | 24 | 100 | 17 | 100 |

Tabela 4: Informação sobre a doença e os cuidados

Após a análise dos resultados relativos à informação sobre doença e cuidados a ter, de seguida será analisada a percepção da informação, mas no que diz respeito aos encaminhamentos e diligências a tomar necessárias e adequadas após a efectivação da alta hospitalar.

4.2.4 Percepção da informação. Necessidade de informação sobre encaminhamentos e diligências

A Tabela 5 diz respeito aos aspectos considerados em falta pelos participantes que consideraram não ter ficado totalmente esclarecidos face aos encaminhamentos e diligências a tomar. No grupo controlo, 29,2% salientou a falta ou a não clarificação dos encaminhamentos, enquanto no grupo experimental apenas 6% dos participantes expressa essa mesma opinião. De referir que cerca de 4,2% dos participantes do grupo controlo atribuíram a comunicação/linguagem como obstáculo. Contudo, é de salientar que a grande maioria (94,1%) dos participantes objecto da intervenção (grupo experimental) sentiu satisfação com as informações prestadas, comparativamente à percentagem do grupo controlo (66,7%).

| Informações | Grupo controlo | | Grupo experimental | |
|--|----------------|------|--------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Com informação | 16 | 66,7 | 16 | 94,1 |
| Falta/ não clarificação de encaminhamentos | 7 | 29,2 | 1 | 5,9 |
| Linguagem | 1 | 4,2 | 0 | 0 |
| Total | 24 | 100 | 17 | 100 |

Tabela 5: Informações sobre encaminhamentos e diligências

4.2.5 Perceção da informação. Aspectos positivos

A Tabela 6 apresenta a opinião dos participantes no que diz respeito aos aspectos positivos durante todo o internamento. No grupo controlo, a avaliação global é manifestamente positiva, 41,7% dos indivíduos expressam que os profissionais foram disponíveis e claros a transmitir a informação, o que se traduz num acompanhamento satisfatório na visão dos participantes. Por outro lado, 76,5% dos participantes do grupo experimental consideraram o processo positivo em termos de clareza da informação, disponibilidade dos profissionais e acompanhamento da equipa e 5,9% consideraram os itens anteriormente descritos como positivos, à excepção da clareza como a informação foi transmitida. Outros 5,9%, curiosamente, consideraram que esse foi o único aspecto positivo e uma igual percentagem de indivíduos aliaram a clareza à disponibilidade dos profissionais para descrever os aspectos que mais agradaram durante o processo de internamento e alta (Tabela 6).

| Aspectos positivos | Grupo controlo | | Grupo experimental | |
|---|----------------|------|--------------------|-----|
| | N | % | N | % |
| 1.Disponibilidade, Acompanhamento da equipa | 12 | 50,0 | 1 | 5,9 |
| 2.Clareza da informação | 1 | 4,2 | 1 | 5,9 |

| | | | | |
|---|----|------|----|------|
| 3.Disponibilidade e clareza | | | 1 | 5,9 |
| 4.Disponibilidade, acompanhamento e clareza | 10 | 41,7 | 13 | 76,5 |
| 5.Nenhum aspecto positivo | 1 | 4,2 | 1 | 5,9 |
| Total | 24 | 100 | | |

Tabela 6: Aspectos Positivos identificados

4.2.6 Perceção da informação Aspectos negativos

No que respeita aos aspectos negativos (Tabela 7), cerca de 42% dos membros do grupo controlo não identificaram aspectos negativos. Contudo, esta percentagem é mais elevada no grupo com alta de procedimentos integrados (grupo experimental) (70,6%). Neste último grupo, 5,9% consideram globalmente negativo o acompanhamento da equipa, a forma como foi transmitida a informação e ainda a disponibilidade dos profissionais. Nos participantes do grupo experimental, 5,9% acrescentaram que poderia ter havido transmissão de mais informação durante o processo de internamento e alta, embora os restantes aspectos tenham sido globalmente avaliados como positivos.

| Aspectos negativos | Grupo controlo | | Grupo experimental | |
|---|----------------|------|--------------------|------|
| | N | % | N | % |
| 1.Indisponibilidade | 1 | 4,2 | 1 | 5,9 |
| 2. Falta de clareza da informação | 11 | 45,8 | 1 | 5,9 |
| 3.Falta de comunicação entre os serviços | 1 | 4,2 | 0 | 0 |
| 4.Indisponibilidade, falta de clareza e de acompanhamento | 1 | 4,2 | 2 | 11,8 |

| | | | | |
|---------------------------|----|-------|----|------|
| 5.Pouca informação | 0 | 0 | 1 | 5,9 |
| 6.Nenhum aspecto negativo | 10 | 41,7 | 12 | 70,6 |
| Total | 24 | 100,0 | 17 | 100 |

Tabela 7: Aspectos Negativos identificados

A falta de clareza da informação obteve respostas distintas entre os dois grupos, constituindo a característica de alta que o grupo controlo considerou mais negativa (45,8%) no processo de internamento de alta, contra apenas 5,9% dos participantes do grupo experimental.

4.3 Dimensão Bem-estar do idoso

O bem-estar do idoso foi avaliado através das situações desfavoráveis não esperadas após a alta e as reincidências hospitalares, uma vez que a saúde física está directamente relacionada com o sentimento de bem-estar (Xavier *et al*, 2003). Ainda na dimensão “bem-estar do idoso”, será feita a análise da auto-percepção da qualidade de vida.

4.3.1 Situações desfavoráveis não esperadas após a alta. Serviços de apoio

| Situações | Grupo controlo | | Grupo experimental | |
|---------------------------------------|----------------|------|--------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Sim | 8 | 4,2 | 9 | 52,9 |
| Não | 16 | 66,7 | 8 | 47,1 |
| Total | 24 | 100 | 17 | 100 |
| Urgência | 3 | 8,3 | 4 | 23,5 |
| Centro saúde-médico família | 4 | 16,7 | 2 | 11,8 |
| Médico assistente do Serviço de Med1B | 1 | 4,2 | 3 | 17,6 |

Tabela 8: Situações desfavoráveis não esperadas após a alta

A Tabela 8 refere-se à existência de situações não esperadas após a alta e respectivas soluções encontradas. Observa-se que 66,7% dos participantes do grupo controlo revelaram não ter tido até à data do *follow-up* telefónico (um mês após a alta) qualquer situação imprevista, sendo esta percentagem inferior no grupo experimental (52,9%). Contudo, os participantes do grupo experimental recorreram com mais frequência

(17,6%) ao médico assistente do serviço de medicina do internamento, do que os outros participantes (4,2%).

4.3.2 Reincidência nos serviços de saúde

Face à questão directamente formulada sobre a recorrência a serviços de saúde após a alta hospitalar (e até ao contacto de *follow-up* telefónico), salienta-se que a Tabela 9 difere da anterior, na medida em que contabiliza as novas recorrências efectivas aos serviços de saúde, e não apenas a consulta de profissionais para esclarecimento de alguma dúvida. A Tabela 9 mostra que cerca de 54% dos efectivos do grupo controlo e 59% do grupo experimental não recorreram aos serviços. Por outro lado, cerca 21% do grupo controlo e 29% do grupo experimental atribuem a ida aos serviços por agudização dos sintomas, aspecto directamente relacionado com o próprio internamento que antecedeu.

| Novas recorrências (reincidências) | Grupo controlo | | Grupo experimental | |
|--|----------------|------|--------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Sim | 11 | 45,8 | 7 | 41,2 |
| Não | 13 | 54,2 | 10 | 58,8 |
| Total | 24 | 100 | 17 | 100 |
| 1. Agudização dos sintomas | 5 | 20,8 | 5 | 29,4 |
| 2. Clarificação da terapêutica | 3 | 12,5 | 1 | 5,9 |
| 3. Novos sintomas | 1 | 4,2 | 0 | 0 |
| 4. Agudização dos sintomas e clarificação dos cuidados | 0 | 0 | 1 | 5,9 |
| 5. Outros problemas de saúde não relacionados | 2 | 8,3 | 0 | 0 |

Tabela 9: Novas recorrências a Serviços de Saúde

4.3.3 Auto-avaliação da qualidade de vida

A Tabela 10 inclui os dados referentes à auto-avaliação da qualidade de vida do doente internado, um mês após a alta do internamento. Desta forma, cerca de 38% dos participantes do grupo controlo consideram a sua qualidade de vida estável, enquanto esta percentagem é de 47% para o grupo experimental. Cerca de 29% dos membros dos dois grupos avaliaram a qualidade de vida como positiva. No entanto, cerca de 25% dos efectivos do grupo controlo avaliam o seu estado actual como negativo ou muito negativo, e esta percentagem é de cerca de 18% para o grupo experimental.

| Auto-percepção | Grupo controlo | | Grupo experimental | |
|----------------|----------------|------|--------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Muito negativa | 1 | 4,2 | 0 | 0 |
| Negativa | 5 | 20,8 | 3 | 17,6 |
| Estável | 9 | 37,5 | 8 | 47,1 |
| Positiva | 7 | 29,2 | 5 | 29,4 |
| Muito positiva | 2 | 8,3 | 1 | 5,9 |
| Total | 24 | 100 | 17 | 100 |

Tabela 10: Auto-percepção acerca da qualidade de vida no momento actual

4.4 Avaliação da Ficha

A Tabela 11 diz respeito à única questão que foi formulada apenas para o grupo experimental de investigação, uma vez que o grupo de controlo não recebeu essa ficha à data da alta, como já foi descrito anteriormente. Esta questão tinha o propósito de avaliar o modo como a ficha individual de alta foi recebida pelos participantes. Deste modo, a Tabela 11 evidencia que cerca de 77% dos participantes consideraram a ficha útil e clara e 12% reconheceram utilidade e clareza a este procedimento de alta, mas referiram que carecia de informações, nomeadamente no que diz respeito aos dados gerais sobre cuidados a ter no domicílio. Cerca de 6% referem que faltava informação e igual percentagem dos participantes (5,9%) não se recordaram de ter recebido a ficha, quando inquiridos

telefonicamente. Este facto constitui um indicador pouco favorável embora pouco representativo do total da amostra (N=1).

| Ficha-avaliação | N | % |
|---|----|-------|
| 1. Faltava informação | 1 | 5,9 |
| 2. Útil e clara, não faltava informação | 13 | 76,5 |
| 3. Útil e clara, podia ter mais informação sobre cuidados gerais no domicílio | 2 | 11,8 |
| 4. Não se recorda de ter recebido a ficha | 1 | 5,9 |
| Total | 17 | 100,0 |

Tabela 11: Avaliação da Ficha Individual de Alta

4.5 Comparação entre os Grupos

De acordo com a hipótese do estudo, pretende-se agora comparar os resultados obtidos por ambos os grupos, e explorar o sentido das diferenças, que possam existir, de modo reflectir sobre as implicações trazidas pela investigação ao modelo tradicional de alta. Apesar da desigualdade dos efectivos das amostras, foi usado o teste Wilcoxon-Mann-Whitney (Marôco, 2010), visto que as amostras são independentes e de pequena dimensão. A Tabela 12 apresenta a média das ordens dos resultados nos dois grupos.

| | Grupos | N | Média das ordens (Mean Rank) | Soma das ordens (Sum of Ranks) |
|------------------|--------------|----|------------------------------|--------------------------------|
| Tipo de apoio | Experimental | 17 | 22,15 | 376,50 |
| | Controlo | 24 | 20,19 | 484,50 |
| | Total | 41 | | |
| Possuía todas as | Experimental | 17 | 19,82 | 337,00 |

| | | | | |
|--|--------------|----|-------|--------|
| informações | Controlo | 24 | 21,83 | 524,00 |
| | Total | 41 | | |
| Informação em falta | Experimental | 4 | 9,75 | 39,00 |
| | Controlo | 8 | 4,88 | 39,00 |
| | Total | 12 | | |
| Informação sobre doença e cuidados | Experimental | 17 | 20,47 | 348,00 |
| | Controlo | 24 | 21,38 | 513,00 |
| | Total | 41 | | |
| Informação sobre encaminhamentos e diligências | Experimental | 17 | 17,94 | 305,00 |
| | Controlo | 24 | 23,17 | 556,00 |
| | Total | 41 | | |
| Aspectos positivos durante a alta | Experimental | 17 | 24,38 | 414,50 |
| | Controlo | 24 | 18,60 | 446,50 |
| | Total | 41 | | |
| Aspectos negativos durante a alta | Experimental | 17 | 27,12 | 461,00 |
| | Controlo | 24 | 16,67 | 400,00 |
| | Total | 41 | | |
| Situações surpresa | Experimental | 17 | 24,09 | 409,50 |
| | Controlo | 24 | 18,81 | 451,50 |
| | Total | 41 | | |
| Recorreu às unidades de saúde (reincidências) | Experimental | 17 | 19,94 | 339,00 |
| | Controlo | 24 | 21,75 | 522,00 |
| | Total | 41 | | |
| Qualidade de vida | Experimental | 17 | 21,35 | 363,00 |
| | Controlo | 24 | 20,75 | 498,00 |
| | Total | 41 | | |

Tabela 12: Ordem das médias, de acordo com o teste de Wilcoxon Mann-Whitney

Hypothesis Test Summary

| | Null Hypothesis | Test | Sig. | Decision |
|----|--|---|-------------------|-----------------------------|
| 1 | The distribution of Tipo de apoio is the same across categories of grupo. | Independent-Samples Mann-Whitney U Test | ,456 | Retain the null hypothesis. |
| 2 | The distribution of Possuia todas as informações is the same across categories of grupo. | Independent-Samples Mann-Whitney U Test | ,502 | Retain the null hypothesis. |
| 3 | The distribution of Informação em falta is the same across categories of grupo. | Independent-Samples Mann-Whitney U Test | ,028 ¹ | Reject the null hypothesis. |
| 4 | The distribution of Informação sobre doença e cuidados is the same across categories of grupo. | Independent-Samples Mann-Whitney U Test | ,751 | Retain the null hypothesis. |
| 5 | The distribution of Informação sobre encaminhamentos e diligências is the same across categories of grupo. | Independent-Samples Mann-Whitney U Test | ,056 | Retain the null hypothesis. |
| 6 | The distribution of Aspectos positivos durante a alta is the same across categories of grupo. | Independent-Samples Mann-Whitney U Test | ,087 | Retain the null hypothesis. |
| 7 | The distribution of aspectos negativos durante a alta is the same across categories of grupo. | Independent-Samples Mann-Whitney U Test | ,002 | Reject the null hypothesis. |
| 8 | The distribution of situações surpresa is the same across categories of grupo. | Independent-Samples Mann-Whitney U Test | ,119 | Retain the null hypothesis. |
| 9 | The distribution of recorreu às unidades de saúde is the same across categories of grupo. | Independent-Samples Mann-Whitney U Test | ,596 | Retain the null hypothesis. |
| 10 | The distribution of qualidade de vida is the same across categories of grupo. | Independent-Samples Mann-Whitney U Test | ,867 | Retain the null hypothesis. |

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

¹Exact significance is displayed for this test.

Quadro 3: Sumário do teste de hipótese da igualdade das distribuições (H₀). Teste Wilcoxon Mann-Whitney

O Quadro 3 sintetiza os dados da comparação entre o grupo controlo e o grupo experimental, usando o teste Wilcoxon Mann Whitney para amostras independentes. Na observação dos dados, a hipótese de igualdade das distribuições é rejeitada em dois dos itens. A tendência dos resultados revela que o grupo experimental aponta mais a falta de informação crítica durante a alta ($p < 0.05$), e os resultados vão no mesmo sentido relativamente aos aspectos negativos. Contudo, é de salientar que os resultados nestes itens são obtidos por um número reduzido de efectivos do grupo experimental: 5 participantes dos 17 possíveis no primeiro e 4 dos 12 possíveis no segundo.

Apesar de não se observarem diferenças estatisticamente significativas, os dados incluídos na Tabela 12 informam ainda que o grupo experimental tende a apreciar mais positivamente o tipo de apoio e os aspectos positivos durante a alta, na medida em que terão sentido uma maior disponibilidade por parte dos profissionais e da equipa multidisciplinar, assim como uma maior clareza na informação que foi disponibilizada. Estas características positivas foram mais valorizadas no grupo experimental, o que se traduz num maior envolvimento e compreensão por parte dos doentes e das suas famílias. Por outro lado, a Tabela 12 demonstra uma maior prevalência de contactos com os serviços de saúde no grupo experimental, sem que isso signifique maior consumo de cuidados de saúde após a alta. De facto, os doentes/ famílias do grupo experimental tiveram a capacidade de recorrer ao médico assistente ou ao centro de saúde para pedir orientações, evitando novas recorrências às unidades de saúde (Serviços de Urgência/ Internamentos). Por outro lado, o grupo de controlo apresentou mais recorrências aos serviços de saúde (nomeadamente Serviço de Urgência Central), contribuindo para a sobrecarga dos serviços, em situações que eventualmente poderiam ter sido resolvidas através da informação, conforme sucedeu no grupo experimental. Por outro lado, os participantes do grupo experimental tenderam a avaliar um nível superior de qualidade de vida, o que parece estar relacionado com o tipo de procedimento de alta, uma vez que tiveram mais informação e suporte.

CONCLUSÕES

A tendência mundial para uma população mais envelhecida implica frequentemente um aumento das doenças crónicas e incapacitantes que exigem cuidados de saúde, já que as pessoas idosas constituem um grupo em que há maior consumo de cuidados (Lage, 2005). Desta forma, é imperativo a reestruturação dos serviços de saúde para responder às necessidades emergentes (Siqueira, 2002), pelo que o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 defende a informação, comunicação e transparência dos serviços como estratégia fundamental para uma melhor decisão, a utilização adequada dos serviços, a maior adesão terapêutica, melhor qualidade de vida do doente e ganhos em saúde. A população idosa residente em Portugal utiliza, na sua maioria, os cuidados de saúde hospitalares (55,3%), embora o grau de satisfação com estes cuidados seja moderado (42%) (CEDRU, 2008).

A compreensão é um dos domínios críticos das necessidades humanas (Constanza *et al*, 2006), pelo que os indivíduos, famílias e instituições devem estar devidamente articulados numa relação de parceria, pelos que um investimento num plano completo de suporte promove o bem-estar. Em Portugal, sensivelmente metade da população idosa apresenta uma patologia que exige internamentos hospitalares regulares (CEDRU, 2008), o que pode comprometer a autonomia da pessoa idosa (Cabete, 2005) por representar um evento de grande risco para os mais velhos, que implica uma alta hospitalar com necessidades de apoio para os cuidados (Siqueira, 2004).

Um plano efectivo de alta diminui os custos para os serviços de saúde (Naylor *et al*, 1994), prevenindo novos eventos hospitalares, facilita a compreensão quanto a esquemas terapêuticos (Jack *et al*, 2009) permite uma melhor auto percepção dos doentes para a alta, gerando sentimentos de satisfação junto dos doentes e das suas famílias (Pedro, 2010). O plano efectivo de alta implica ainda a necessidade de maior colaboração interdisciplinar para avaliar a preparação da alta (Naylor, 1994) e deverá ter como principal estratégia a aquisição de competências dos doentes e famílias através da informação (Bembassat, 2000) e com recurso a uma comunicação eficaz. O planeamento das necessidades dos doentes idosos, é uma das funções mais importantes do Assistente Social do hospital, o que obriga a uma intervenção tão cedo quanto possível, a partir do início do internamento (Lindenberg e Coulton, 1980 cit. por Colom, 2000; Rehr, Berkman e Rosenberg, 1980 cit. por Colom, 2000).

O Assistente Social é um elemento privilegiado na comunicação com o doente e a família, na explicação e clarificação do planeamento da alta, bem como o *follow-up* após a

alta de internamento (Kennedy, 1987). O conjunto de estudos referenciados, corroboram as funções do Serviço Social hospitalar em identificar e tratar as dificuldades que o doente e a família terão face à doença, com enfoque nos problemas sociais que possam impedir o seu regresso ao domicílio. Como principais objectivos da sua intervenção, destacam-se a continuidade do apoio aos doentes, a garantia do suporte psicossocial para enfrentar a mudança a que a doença obriga, a facilitação da admissão de outros doentes no hospital no mínimo de tempo possível, a oferta de respostas e alternativas viáveis em termos de apoio, a adequação dos recursos utilizados, evitar estadias desnecessárias para além da data de alta clínica, identificar os défices de recursos no hospital e na comunidade e determinar a capacidade de resposta da comunidade aos problemas identificados (Colom, 2000).

Este trabalho estuda o planeamento de alta hospitalar, tendo como eixos fundamentais de análise a transmissão dos conhecimentos, a articulação interdisciplinar e o bem-estar da população idosa, conforme foi definido no modelo de análise. Foi criado um conjunto de indicadores para avaliar a prossecução dos objectivos definidos e formulada uma hipótese de investigação, de que o planeamento integrado da alta hospitalar dos idosos tem um impacto positivo ao nível da satisfação e do sentimento de bem-estar global dos idosos quando regressam ao domicílio, influenciando na redução das reincidências hospitalares. Esta hipótese foi verificada, exigindo-se uma reflexão acerca dos principais resultados obtidos.

Incluíram-se na amostra todos os idosos internados no Serviço de Medicina 1B durante o período de um mês, desde que verificados todos os critérios de inclusão. Esses doentes foram distribuídos de forma aleatória pelos dois grupos da investigação, o grupo controlo e o grupo experimental. O planeamento da alta dos indivíduos foi diferenciado de acordo com o grupo a que foram atribuídos, pelo que o grupo controlo teve um planeamento de alta padrão, e o grupo experimental teve um planeamento de alta integrado, com ênfase na informação e na comunicação, e com recurso a um suporte escrito para orientação do doente e família após a alta. Neste documento, pretendeu-se a utilização de linguagem adaptada a indivíduos com baixo grau de literacia, aumentando a compreensão dos autocuidados por parte do doente e da família. A colheita de dados foi realizada através de entrevista telefónica de *follow-up* 30 dias após a alta hospitalar.

As limitações do estudo prendem-se essencialmente com a dimensão reduzida da amostra. No entanto, o conjunto dos dados aponta no sentido da verificação da hipótese de investigação formulada. Por outro lado, a aplicação do protocolo de alta em apenas um serviço de Medicina Interna (integrado num Centro Hospitalar actualmente com mais 10

serviços idênticos) também constitui uma limitação ao estudo, no sentido que a sua aplicação nos outros serviços permitiria uma visão mais abrangente das questões relacionadas com a alta hospitalar, dada a multiplicidade de equipas multidisciplinares com características de funcionamento distintas.

A população utente dos serviços de internamento de medicina interna foi caracterizada quanto a variáveis que espelham bem a realidade desta população. Deste modo, após a caracterização de todos os doentes admitidos durante o mês de Junho de 2012, foi possível aferir que é uma população bastante envelhecida, em que mais de metade dos utentes tem uma idade igual ou superior a 80 anos e mais de 80% têm idade superior a 60 anos. Estes indicadores apontam para a necessidade destes serviços adoptarem metodologias de intervenção específicas, para a população dos doentes idosos internados, com necessidades diferenciadas relativamente a outros grupos etários. Neste sentido, considerou-se pertinente a integração de informação que contemplasse todos os doentes admitidos, para uma percepção mais global.

O facto de a maioria dos participantes ser do sexo feminino (68%) vai de encontro à evidência de que a esperança de vida do sexo feminino é superior, havendo uma maior percentagem de mulheres entre a população idosa (Sousa, 2003).

A dependência dos doentes no momento inicial e no momento final do internamento foi medida através da escala ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*), uma escala que visa medir com objectividade e simplicidade o estado funcional dos doentes. Esta escala foi criada para avaliar o *performance status* dos doentes oncológicos, mas rapidamente se difundiu para doentes com outras patologias, na avaliação da progressão do estado funcional dos doentes. Desta forma, no momento inicial do internamento, menos de metade dos participantes do estudo apresentavam resultados compatíveis com a existência de algum tipo de dependência, enquanto 56% eram autónomos. Estes dados significam que nesta fase quase metade dos doentes se encontravam num estado que implicava a necessidade de assistência para poderem realizar as actividades instrumentais e/ou básicas de vida diária, conforme a definição de dependência do Conselho da Europa (1998). Significam também que esses indivíduos necessitam de suporte familiar, social e de saúde, e que à data do internamento, estes idosos se encontram mais fragilizados devido à situação de saúde, o que conduz a necessidades de uma comunicação adaptada (Cabete, 2005) e do desenvolvimento de competências relacionais dos profissionais para minimizar o impacto negativo do internamento e para promover a autonomia da pessoa idosa (Cabete, 2005).

O planeamento integrado da alta hospitalar dos idosos que compuseram a amostra teve um impacto positivo ao nível da satisfação e do sentimento de bem-estar dos doentes e das suas famílias no regresso ao domicílio após a alta hospitalar. Por outro lado, também existe a tendência para uma relação positiva entre este planeamento de alta integrado e a redução das reincidências hospitalares.

A escala ECOG foi novamente aplicada à data da alta dos doentes envolvidos na investigação, já que a bibliografia consultada colocou em evidência a relação directa entre a hospitalização e o declínio funcional (Creditor, 1993), com impacto ao nível da sua qualidade de vida. Deste modo, foi possível identificar uma discreta tendência para um aumento do grau de dependência, com o aumento significativo de doentes totalmente dependentes para todas as actividades de vida diária. Este facto significa que à data da alta estes doentes tinham mais necessidades ao nível dos cuidados, que se traduz em sentimentos de receio pelo sentimento de incapacidade doentes e famílias, que tornam imprescindível a orientação para o regresso ao domicílio (Marra, 1989). Estes cuidados, nomeadamente nos doentes com dependência total, exigem cuidados personalizados muito complexos (Naylor, 1994), pelo que se destaca que a compreensão desses cuidados por parte dos doentes/ famílias é vital. Quanto maior for o grau de dependência dos cuidados, mais receio existe pelo sentimento de incapacidade dos doentes e das famílias, motivo pelo qual é essencial a orientação para a alta,

A investigação teve também como objectivo a identificação das características centrais de um planeamento integrado de alta hospitalar. Destaca-se a transmissão da informação por parte da equipa multidisciplinar, com enfoque na qualidade da comunicação entre as partes envolvidas no internamento e no processo de alta. Os cuidados, nas organizações de saúde em geral e no hospital em particular, são necessariamente multidisciplinares, dependendo da conjugação do trabalho de vários profissionais (Cecílio, 2003). Assim, e apesar de ambos os grupos da investigação terem valorizado de forma positiva o apoio completo e multidisciplinar por parte da equipa, o grupo experimental foi claramente mais expressiva quanto a este aspecto, com 76,5% dos indivíduos a revelarem ter recebido apoio das três componentes principais: médica, de enfermagem e social. Estes resultados espelham a integralidade da intervenção na alta para o grupo experimental, que converge com o que defende Hook (2006), para quem a comunicação e a partilha de informações é fundamental, tornando essencial um trabalho em parceria no internamento e na preparação da alta hospitalar. Esta conclusão remete para outra característica essencial de um planeamento integrado da alta hospitalar, que reside na efectividade do trabalho em equipa.

Quando questionados sobre a pertinência da informação recebida, foi mais uma vez evidente que o grupo experimental se sentiu mais satisfeito, já que 76,5% afirmou ter na sua posse todas as informações de que necessitava à data da alta. Nenhum dos participantes deste grupo reportou a falta de informação relativamente à medicação, plano terapêutico, processo de internamento e de alta, enquanto que 25% dos participantes do grupo controlo manifestaram falta deste tipo de informação. Por outro lado, apenas um número muito reduzido dos participantes do grupo experimental revelou, à data do follow-up telefónico, falta de compreensão quanto às diligências e encaminhamentos a efectuar após a data da alta, o que não foi especificado de forma concreta pelos mesmos. No grupo de controlo, a referência a informação em falta quanto às diligências/ encaminhamentos quintuplicou, o que espelha a falta de compreensão sentida por parte dos doentes e das suas famílias. Quanto à clarificação de informações acerca da doença, um número reduzido dos doentes do grupo experimental sentiu que necessitava de mais esclarecimentos, enquanto que no grupo de controlo os resultados foram também pouco representativos. Destaca-se ainda o facto de que foi ainda manifestado no grupo experimental o sentimento de falta de articulação do serviço de internamento com serviços de saúde externos, o que apesar de não estar relacionado com a informação dada aos doentes/ famílias, poderá constituir um interessante eixo de intervenção futuro, que será aprofundado mais à frente. Estes resultados significam que o grupo experimental se sentiu mais bem informado, o que vai de encontro à investigação de Pedro (2010), cujo estudo concluiu que é prioritário desenvolver estratégias de melhoria das informações prestadas aos doentes e famílias, e de Jack *et al* (2009), que salientou que a transmissão de informação cria o sentimento de melhor preparação para a alta, acrescentando que as altas que não são planeadas com eficácia (não compreendendo diagnósticos, terapêuticas e tratamentos) dão frequentemente origem a novos episódios hospitalares.

Na realidade, a comunicação, a par da informação, foram identificados pelos participantes do grupo de controlo quando questionados especificamente sobre as informações relativas à doença e aos cuidados, enquanto que o grupo experimental nomeou apenas as lacunas na informação clínica, pelo que manifestaram satisfação quanto à forma de comunicação. O estudo supramencionado de Jack *et al* (2009) salientou o acesso à informação clínica como elemento crítico num correcto planeamento de alta. No entanto, salienta-se que nos Serviços de internamento de Medicina Interna é bastante frequente o acompanhamento de doentes com patologias múltiplas, muitas vezes acompanhados em diversos serviços clínicos intra ou extra-hospitalares. Ilustrando esta perspectiva, é comum o internamento de doentes oncológicos nos Serviços de Medicina Interna com intercorrências infecciosas, e as expectativas dos doentes e famílias vão no sentido de que a equipa do

internamento esteja envolvida na tomada de decisões relativas à doença oncológica, que evidentemente é gerida pelos Serviços de Oncologia. Essa situação leva por vezes a que os doentes e famílias sintam lacunas de informação por parte do serviço de internamento. A articulação inter-serviços poderá ser também um interessante eixo de investigação futuro. No que diz respeito à necessidade de informação sobre os encaminhamentos e as diligências a tomar, é bastante evidente que o grupo experimental ficou mais satisfeito, com 94,1% dos doentes a assumirem estar devidamente informados quanto a estes aspectos.

O acesso à informação remete para outra das características identificadas na reflexão acerca da investigação prosseguida, que é a humanização dos serviços. A humanização está directamente interligada com a informação e a comunicação, as outras características anteriormente identificadas. Como foi abordado no quadro teórico, a hospitalização fere a individualidade, caracterizando-se pela existência de uma linguagem fria, estranha e compreensível em indivíduos idosos e doentes (Cabete, 2005). O mesmo autor defende que a relação entre os profissionais de saúde e os doentes é fulcral na adaptação ao hospital, sendo-o também na preparação do regresso ao domicílio. Desta forma, a comunicação e a informação potenciam a própria humanização dos serviços de saúde, e torna-se importante que os doentes e famílias sintam espaço para a clarificação das suas dúvidas.

O planeamento integrado de alta hospitalar aplicado aos doentes integrados no grupo experimental espelha a satisfação em todas as componentes apresentadas – **disponibilidade dos profissionais, acompanhamento da equipa e clareza da Informação** em 76,5% dos indivíduos. No grupo controlo a satisfação em todos estes eixos é de 41,7%, que tende a traduzir que estes indivíduos não valorizaram de uma forma tão positiva o processo de internamento e preparação da alta. 70,6% dos doentes do grupo experimental considerou a inexistência de aspectos negativos no processo de planeamento e alta, quanto aos itens acima identificados, enquanto que no grupo de controlo o valor desce para 41,7%. A preparação da alta representa um importante papel no que respeita à satisfação dos doentes (Bembassat, 2000). O estudo de Pedro (2010) estudou a satisfação dos doentes com o internamento hospitalar, concluindo que a informação é um eixo prioritário de acção.

As componentes apresentadas têm clara relação com o sentimento de humanização dos serviços, já que a percepção de uma informação clara e o sentimento de acompanhamento de equipa e de disponibilidade dos profissionais espelha a percepção de um serviço mais humanizado, mais envolvido com o doente e com a família. A participação da família no planeamento potencia o próprio plano, conforme defendeu Kennedy em 1987. O idoso deve ser visto como um todo, o que exige os esforços conjugados de diferentes

profissionais para uma intervenção eficaz e com qualidade, uma vez que não é possível resolver os complexos problemas de saúde de forma isolada (Martins, 2003)

Um terceiro objectivo do presente estudo passou pela identificação dos aspectos que determinam o bem-estar dos idosos após a alta hospitalar. O conceito de bem-estar está directamente relacionado com a auto-percepção da saúde física (Xavier *et al*, 2003), que como foi anteriormente abordado está muitas vezes ligada aos internamentos e reinternamentos hospitalares. Por esse motivo, procurou-se diferenciar, perante a existência de situações-surpresa após a alta, as recorrências aos serviços de saúde que serão agora classificadas de formais ou informais, de acordo com os objectivos da investigação. Por formais entenda-se as novas recorrências ao Serviço de Urgência Central e eventual reinternamento, por informais a procura de informação adicional junto dos serviços de saúde face aos novos eventos relacionados com a patologia que motivou o internamento prévio, sem que envolva o consumo de serviços de saúde (recorrências ao Serviço de Urgência Central e Reinternamentos). Desta forma, o grupo experimental procurou mais os serviços de forma informal, nomeadamente no que respeita ao contacto com o próprio serviço de internamento (17,6%). Isto eventualmente pode significar que estes indivíduos sentiram a disponibilidade dos profissionais do serviço para se poderem esclarecer mediante a existência de dúvidas, e assim evitar recorrências hospitalares formais. Esta tendência teve provavelmente impacto ao nível da satisfação e bem-estar dos doentes, já que previniu períodos de reinternamento hospitalar e a preparação da alta poderá representar um papel importante no que respeita à satisfação dos doentes (Bembassat, 2000). Por outro lado, o grupo de controlo, tendo reportado menos situações surpresa, recorreu formalmente aos serviços de forma mais expressiva. Os motivos que levaram aos novos episódios clínicos prenderam-se com a agudização dos sintomas nos dois grupos, mas também com a clarificação da terapêutica, o surgimento de novos sintomas e a existência de problemas de saúde aparentemente não relacionados no grupo de controlo, o que poderá espelhar o menor grau de preparação à data da alta.

Para além do impacto ao nível do bem-estar, as conclusões anteriormente descritas são importantes na reflexão sobre a gestão da qualidade e dos custos das instituições hospitalares, já que a diminuição das readmissões pode representar um indicador relevante da qualidade em serviços de saúde (Jack, 2009). O reinternamento mostra que há um predomínio de doentes com implicações de continuidade de cuidados e de prognóstico pouco favorável. Considera-se habitual o surgimento de dúvidas dos doentes e familiares, tendo em conta a complexidade dos cuidados muitas vezes envolvidos. O acompanhamento

mais próximo do doente e da família, no que diz respeito ao processo de alta, permite reduzir as reincidências no hospital (no estudo de Jack, 2009, em 30%),

Os doentes do grupo experimental tiveram acesso a uma ficha individual de alta, que integrava os contactos do serviço, entre outras informações. A utilidade e a clareza da ficha individual de alta foram avaliadas no contacto de follow-up telefónico no que diz respeito ao grupo experimental, os únicos a receber o documento de orientação para a alta especificado. Dos efectivos, 76,5% classificaram a ficha como útil e clara, com todas as informações necessárias. Este instrumento parece constituir um suporte que permite potenciar os cuidados de saúde após o internamento, já que informa e clarifica questões pertinentes (contactos úteis no hospital e na comunidade, exames e consultas marcados e a marcar, cuidados específicos ao nível da higiene e da alimentação, diligências a efectuar, entre outros). Estes resultados tendem a indiciar que a ficha pode constituir um importante elemento estratégico no planeamento da alta hospitalar e corroboram a investigação de Jack *et al* (2009), que evidencia a adequabilidade da abordagem sistemática à alta hospitalar, e que os recursos informativos tendem a reduzir o uso desnecessário dos serviços de saúde. Destaca-se que os participantes do grupo experimental procuraram mais informação após a saída do hospital, mas contabilizaram menor número de recorrências formais aos serviços de saúde, o que indicia um indicador positivo.

De facto, quando questionados acerca da auto-percepção de bem-estar um mês após a alta hospitalar, os indivíduos do grupo experimental revelam uma tendência para uma avaliação mais positiva, conforme descrito na análise dos resultados. Esta constatação significa que a informação disponibilizada, indissociável do sentimento de humanização dos serviços relativamente ao doente enquanto sujeito e interveniente na sua saúde, contribui para um sentimento de bem-estar. O acesso ao conhecimento foi uma das dimensões críticas identificadas por Vecchia (2005) como determinante na auto-percepção da qualidade de vida. Para Hook (2006), a comunicação e a partilha de informações é fundamental no respeito pela pessoa idosa doente e hospitalizada, sendo essencial um trabalho em parceria no internamento e na preparação da alta hospitalar.

Após a reflexão sobre os resultados obtidos, torna-se evidente que o planeamento da alta hospitalar representa uma etapa fundamental da hospitalização, que se inicia à data do internamento. Assim, é imperativo que o protocolo de alta seja generalizado a todos os serviços de internamento, no intuito de prevenir as agudizações da doença, a utilização desnecessária dos serviços de saúde e os custos que lhe estão associados, bem como a percepção negativa do sentimento de bem-estar.

Assumindo que o aumento da idade predispõe a mudanças ao nível biológico e psicológico que conduzem a maiores necessidades ao nível dos cuidados de saúde (CEDRU, 2008), torna-se vital a reestruturação destes serviços, nomeadamente no que diz respeito ao processo de alta, para uma resposta melhor e mais eficaz para o doente e para os serviços. Estes são doentes com patologias crónicas e com necessidade de continuidade de cuidados. A análise dos doentes por patologia não constituiu um objectivo desta investigação, embora esse possa ser um dado pertinente para analisar do ponto de vista clínico por profissionais dessa área.

Em investigações futuras, seria interessante a análise do planeamento de alta de acordo com as patologias dos doentes idosos internados, o que exigirá o envolvimento de profissionais com competências clínicas. Por outro lado, seria também interessante o alargamento deste plano de alta aos cuidados de saúde primários, numa articulação entre serviços em prol do bem-estar do doente. Uma vez que os cuidados de saúde primários estão mais próximos da comunidade, uma articulação sistemática entre os dois níveis de cuidados poderia influenciar de forma positiva todo o processo de internamento e alta das pessoas idosas, face à existência de múltiplas patologias e à fragilidade que estas impõem. Torna-se cada vez mais importante um bom planeamento e orientação após a alta, em interface com outros agentes e instituições (Thomas, 1993). Esta articulação poderia consistir no envio de uma ficha individual de alta (admitindo que esta teria características e objectivos distintos da actual) para esses serviços à data do regresso do doente ao domicílio. Por último, salienta-se ainda que a articulação intra-institucional (entre serviços da mesma entidade hospitalar) traria benefícios ao nível do bem-estar do doente com patologia múltipla, já que permitiria a agregação de toda a informação e a transmissão de forma clara e perceptível para o doente e para a sua família.

Os resultados para esta foram na sua generalidade alcançados. Os resultados obtidos convergiram com o objectivo definido após a realização do quadro teórico, na medida em que se atingiram os objectivos definidos e verificou a hipótese formulada, de que o planeamento integrado de alta hospitalar dos idosos tem um impacto positivo ao nível da satisfação e do sentimento de bem-estar global dos idosos quando regressam ao domicílio, influenciando na redução das reincidências hospitalares. Assinala-se a dimensão da amostra como pequena para a generalização das conclusões, embora os resultados tenham sido claros no sentido da verificação da hipótese de investigação formulada.

BIBLIOGRAFIA

ANJOS, F., LEAL, I. e LEAL, J. – *Cuidar em enfermagem – A pessoa idosa institucionalizada*. **Nursing**, Edição Portuguesa, Revista de formação contínua em enfermagem. N.º205 (2005). pp. 12-19.

ASSUNÇÃO, R. – Dependência no Idoso: Factores Determinantes – Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Coimbra: Instituto Superior Bissaya Barreto, 2010

BALTES, M. e SILVERBERG, S. – A dinâmica da Dependência- Autonomia no curso de Vida. In: NERI, L. (org.) «*Psicologia do Envelhecimento: tópicos seleccionados numa perspectiva do curso de vida*». Campinas: Papirus, 1995.

BANDEIRA, M. L. – Introdução. **Análise Social**. Vol. XLII: N.º182 (2007) p. 389-392. [Consult. 11 Nov. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://analisesocial.ics.ul.pt/?no=101000100005>>

BAPTISTA, M. I. R. – A demografia em Portugal: um percurso bibliográfico. **Análise Social**. Vol. XLII (2007) p. 539-557. [Consult. 21 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218645584S4sXN2jb1Ep20PN8.pdf>>

BENBASSAT, J. e TARAGIN, M. – Hospital Readmissions as a Measure of Quality of Health Care. «**Arch. Intern Med**». Vol 160:8 (2000) 1074-1081

BERGER, L. e MAILLOUX-POIRIER, D. – Pessoas Idosas: uma abordagem global – processo de enfermagem por necessidades. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN: 972-95399-8-7.

CABETE, D. – O Impacto do Internamento no Idoso. Parte I de II. «**Nursing**». N.º 136 (1999a) 33-37

CABETE, D. – O Impacto do Internamento no Idoso. Parte II de II. «**Nursing**». N.º 137 (1999b) 24-30

CABETE, D. G. – O Idoso, a Doença e o Hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. Loures: Lusociência, 2005. 175p. ISBN: 972-8383-89-04

CARRILHO, M. e PATRÍCIO, L. - A situação demográfica recente em Portugal. «**Revista de Estudos Demográficos**». Nº 38 (2005) 111-140

CARVALHO, L. M. M. N. C. – A Representação Social da Doença em Meio Rural e em Meio Urbano. Évora: Acessível na Faculdade de Enfermagem Maria Fernanda Resende, Lisboa, Portugal. 2000. Tese de Mestrado em Ecologia Humana

CECÍLIO, L.C. O., MERHY, E. E. – A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). «Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde». Rio de Janeiro: IMS, ABRAS CO, 2003. p.197-210.

CEDRU – Estudo da avaliação das necessidades dos séniores em Portugal. Lisboa: Fundação Aga Khan, 2008

Centro de Investigação e Apoio à Gestão de Organizações de Saúde – Acordo Adicional ao Protocolo celebrado entre o Conselho de Administração do Hospital de Santa Maria e a Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa, 2006. [**Consult.** 03 Set. 2012]. **Disponível em** **WWW:** **<URL:** http://intranet/contents/pdfs/protocolos/08_1901_adicional_protocolo_ensp.pdf>

Centro de Reabilitação Profissional de Gaia e Instituto de Superior de Ciências Trabalho e das Empresas – Mais Qualidade de Vida para as Pessoas com Deficiências e Incapacidades – Uma Estratégia para Portugal. Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2007.

COLLIÉRE, M. F. – Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999.

COLOM, D. – La Planificación del Alta Hospitalaria. Colección Sociedad e Salud Hoy. Saragoça: Mira Editores, 2000.

COSTA, M. A. Cuidar Idosos – formações, práticas e competências. Lisboa: Formassau, 2002.

CREDITOR, M. C. – Hazards of Hospitalization of the Elderly. «**Ann Intern Med.**». Vol. 118: 3 (1993) 219-223

DIAS, A. e SANTANA, S. – Cuidados Integrados: um Novo Paradigma na Prestação de Cuidados de Saúde. «**Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**» Lisboa. ISSN: 1645-4464. Vol. 8: 1 (2009)

DINIS, R. P. A. B. – A Família do Idoso: o parceiro esquecido? Cuidar do Idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectiva dos enfermeiros - Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta, 2006

DURHAM, J. – Aspectos Psicosociales del cuidado de los ancianos. In: CARROL, M. e BRUE, L. J. – «Cuidados de Enfermeria individualizados en el Anciano». Barcelona: Doyama, 1989. pp. 125-144. ISBN: 84-7592-265-1

ERIKSON, E. H. – Infância e Sociedade. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

ESCOVAL, A. e FERNANDES, A. C. (coord.) – Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Ministério da Saúde, 2010. [Consult. 19 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf>>

FARINATTI, P. T. V. - Teorias Biológicas do Envelhecimento: do genético ao estocástico. «**Revista Brasileira Medicina Esporte**». Brasil. ISSN 1517-8692. Vol 8:4 (2002) 129-138

FERNANDES, A. – Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. «**Sociologia — Problemas e Práticas**». Lisboa. Nº 36 (2001) 39-52

FERNANDES, A. – Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). «**Análise Social**». Vol: XLII: 183 (2007) 419-443

FERNANDES, A. T. – Processos e estratégias de envelhecimento. «**Sociologia**». Nº 15 (2005) 223-247

FILHO, J. – Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em Idosos. «**Revista de Saúde Pública**». São Paulo. Vol. 34: 6 (2000)

FONSECA, A. – Desenvolvimento Humano e Envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. ISBN: 972-796-156-8

FONSECA, A. – O Envelhecimento – Uma Abordagem Psicológica. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa - Campus do Saber, 2006.

GARCIA, L. M. A. - Dependência em Idosos. «**Nursing**». Sacavém. ISSN: 0871-6196. Ano 7: 78/79 (1994) 8-11

GIL, A. P. – Redes de solidariedade intergeracionais na velhice. «**Cadernos de Política Social – Redes e Políticas de Solidariedade – Globalização e Política Social**». Associação Portuguesa de Segurança Social. Nº 1 (1999) 93-114

GIL, A. P. – Envelhecimento activo: complementaridades e contradições. «**Fórum Sociológico**». CesNova. ISBN 0872-8380. N.º 17 (2007). 25-36

GIL, A. P. M. – Heróis do Quotidiano – Dinâmicas familiares na dependência. Lisboa: Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas, Fundação Calouste Gulbenkian/ Fundação para a Ciência e para a Tecnologia, 2010.

GILLON, R. - Authonomy and the Principle of Respect for Autonomy. «**Br. Med. J.**». Vol. 290:12 (1995) 1806-1880

HALL, P. e WEAVER, L. – Interdisciplinary education and teamwork: A long and winding road. «**Medical Education**». Vol. 35: 9 (2001) 867-875

HOOK, M. L. – Partnering with Patients – a concept ready for action. «**Journal of Advanced Nursing**». ISSN 0309-2402. Vol. 56: 2 (2006)

INE, Instituto Nacional de Estatística - Projecções de população residente em Portugal 2008-2060. Lisboa: INE, 2009

JACK, B. W. [et. al.] – A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization – a Randomized Trial. «**Ann Intern Med**». Vol. 150: 3 (2009) 178-187

JAMIESON, A. – Age, social care and the politics of old age. «**Journal of European Social Policy**». Nº 10 (2000) 296

KENNEDY, L. [et. al.] – Effective Comprehensive Discharge Planning for Hospitalized Elderly. «**The Gerontologist**». Vol. 27:5 (1987) 577-580

LAGE, I. - Cuidados familiares a idosos. In: PAUL, C. e FONSECA, A. M. (coord) - «Envelhecer em Portugal». Lisboa: Climepsi Editores, 2005. pp. 203-229. ISBN: 972-796-185-1

LIMA, J. A. e PACHECO, J. A. – Fazer Investigação. Contributos para a elaboração de dissertações e teses. Coleção Panorama, Porto Editora, 2006.

MAMON, J. [et. al.] – Impact of Hospital Discharge Planning on Meeting Patient Needs after Returning Home. «**Health Services Research**». Vol. 27: 2 (1992)

MARCO, M. A. – Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de Educação Permanente. «**Revista Brasileira de Educação Médica**». Rio de Janeiro. Vol. 30: 1 (2005) 60-72

MARÔCO, J. – Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS). Pêro Pinheiro: ReportNumber, 2010.

MARRA, C. C. [et. al.] – Orientação Planejada de Enfermagem na Alta Hospitalar. «**Acta Paul. Enf**». Vol. 2: 4 (1989) 123-127

MÁRTIES, M. – Sobre a Doença e os cuidados de Enfermagem. «**Sinais Vitais**». Coimbra. ISSN: 0872-8844. Nº 51 (2003) 41-43

MARTINS, J. – Programação da Alta Hospitalar do Idoso, um contributo para a Continuidade de Cuidados – Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2003

MARTINS, M. C. – Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das acções de humanização em saúde. «**Saúde e Sociedade**». Vol. 3: 3 (2004) 44-57

MORAES, G. L. A. – Competências e Habilidades do Enfermeiro no Cuidado ao Cuidador de Idoso Dependente – Dissertação de Pós Graduação. Universidade Federal do Ceará, 2006. [Consult. 11 Fev. 2012]. Disponível em WWW: <URL: http://www.repositorio.ufc.br:8080/ri/bitstream/123456789/1961/1/2006_dis_glamoraes.pdf. >

MUELLER, C. – High Risk Medication Regimens and Medication Related Predictors of Hospital Readmission in Elderly Home Care Patients – Dissertação de Doutorado. EUA: Universidade do Minnesota, 2010

NAKATANI, A. Y. K. [et. al.] – Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. «**Revista Eletrônica de Enfermagem**». 5: 1 (2003) 15-20. [Consult. 11 Jan. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.fen.ufg.br/Revista>. >

NAYLOR, M. [et. al.] – Comprehensive Discharge Planning for the Hospitalized Elderly. «**American College of Physicians**». 120: 12 (1994) 999-1006

OCDE - Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. Health Committee, 2009.

PEDRO, S., FERREIRA, P. L. e MENDES, J. – Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. «**Revista Encontros Científicos**». Faro: Tourism & Management Studies. ISSN: 1646-2408. Nº 6 (2010)

PEREIRA, J. M. - Será possível uma nova Medicina?. «**Revista Crítica de Ciências Sociais**». Nº 23 (1987) 185-193

PESTANA, H. e GAGEIRO, J. - Turismo e envelhecimento demográfico: uma realidade do futuro. 2006 [Consult. 21 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: www.apdemografia.pt/pdf_congresso/5Helena_Pestana_e_João_Gajeiro.pdf.>

PINTO, A. B. (coord.) - Envelhecer Vivendo. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN: 972-8535-86-4.

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. V. - Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva, 1992.

SANCHEZ, M. A. - A Dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações sociais para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. «**Textos sobre Envelhecimento**». Rio de Janeiro: Universidade Aberta da 3ª Idade. ISSN 1517-5928. 3: 3 (2000) 1-15

SEQUEIRA, A. e SILVA, M. S. - O Bem Estar da Pessoa Idosa em Meio Rural. «**Revista Análise Psicológica**». 3: XX (2002) 505-516

SEQUEIRA, C. - Cuidar de Idosos Dependentes. Coimbra: Quarteto, 2007.

Serviço Social e Gabinete do Utente do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Manual da Qualidade do Serviço Social e Gabinete do Utente do Centro Hospitalar Lisboa Norte [papel]. Lisboa, 2010. [Consult. 14 Jul. 2011].

SIQUEIRA, A. [et. al.] – Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. «**Revista de Saúde Pública**». 38: 5 (2004) 687-694

SILVA, J. F. - Quando a vida chega ao fim – expectativas do idoso hospitalizado e família. Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-25-9.

SOUSA, L. (col.) - O recurso aos apoios formais: a família, o idoso e os cuidados formais. In: «**Envelhecer em Família: Cuidados Familiares na Velhice**». Porto: Âmbar, 2006. pp 51-80

SOUSA, L., GALANTE, H. e FIGUEIREDO, D. - Qualidade de Vida e Bem-Estar dos Idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. «**Ver. Saúde Pública**». 37: 3 (2003) 364-371

SILVA, L. M. - Índice de Massa Corporal, Estado Geral e Cancro do Pulmão: Trabalho de Investigação. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, 2009.

SOUSA, T. C. [et. al.] – Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Brasil. «**J. Pneumol.**». 26: 3 (2000) 119-128

SOUZA MARTINS, H. – Metodologia Qualitativa de Pesquisa. «**Educação e Pesquisa**». Universidade de S. Paulo. 20: 2 (2004) 289-300

THOMAS, D. [et. al.] – Inpatient Community: Based Geriatric Assessment reduces subsequent Mortality. «**J Am Geriatr Soc**». 41: 2 (1993) 101-104

TOWSEND, J. [et. al.] – Reduction in Hospital Readmission Stay of Elderly Patients by a Community based Hospital Discharge Scheme: a Randomised Controlled Trial. «**British Medical Journal**» Vol. 297 (1988) 544-547

VECCHIA, R. D. [et. al.] – Qualidade de Vida na Terceira Idade: um Conceito Subjetivo. «**Rev. Bras. de Epidemiol**» 8: 3 (2005) 246-252

WALKER, A. - Ageing in Europe: policies in harmony or discord?. «**International Journal of Epidemiology**». Reino Unido. 31: 4 (2002) 758-761

WALL, K., JOSÉ, S. J. e CORREIA, S. V. – Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções. Lisboa: Working Papers, Instituto de Ciências Sociais Universidade de Lisboa, 2002. pp 1-41

WHO – WHO definition of Health. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 2003. [Consult. 17 Fev 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html/>>

XAVIER, F. M. F. – A Definição dos Idosos de Qualidade de Vida. «**Revista Brasileira de Psiquiatria**». 25: 1 (2003) 31-39

Legislação Consultada

Decreto – Lei nº 48 357, de 27 de Abril de 1968 do Ministério da Saúde (Lei da Organização Hospitalar).

Decreto – Lei nº 48 358, de 27 de Abril de 1968 do Ministério da Saúde (Regulamento Geral dos Hospitais).

ANEXO I

Questionário de Follow-Up – Doentes e Famílias

Guião da Entrevista Telefónica de *Follow-up*

Nº de Participante: _____

Grupo: _____

1. Que tipo de apoio recebeu por parte do Serviço de internamento à data da alta?
 - a) Apoio Médico Sim ☐ Não ☐
 - b) Apoio de Enfermagem Sim ☐ Não ☐
 - c) Apoio Social Sim ☐ Não ☐
 - d) Outro Qual? _____
 - e) Não houve apoio no que respeita ao processo de alta hospitalar.

2. Sente que tinha na sua posse todas as informações necessárias à data da alta hospitalar? Sim ☐ Não ☐
 - a) Se não, do que necessitava?
 - i) Informação quanto à medicação/ plano terapêutico
 - ii) Informação quanto aos encaminhamentos/ diligências a tomar
 - iii) Informação quanto à doença
 - iv) Outro Qual? _____

3. Foram-lhe prestadas todas as informações relativas à doença e aos cuidados a ter? Sim ☐ Não ☐
 - a) Se não, do que sentiu falta? _____

4. Ficou esclarecido quanto aos encaminhamentos e diligências a efectuar após a alta? Sim ☐ Não ☐
 - a) Se não, o que não entendeu? _____

5. A ficha individual de alta foi útil? Sim ☐ Não ☐
6. A ficha individual de alta foi clara? Sim ☐ Não ☐
7. Na sua opinião, faltava alguma informação? Sim ☐ Não ☐
 - a) Se sim, qual/is? _____

8. Dos seguintes aspetos, quais foram os mais positivos durante o processo?

- a) Disponibilidade dos profissionais ☐
- b) Clareza da informação ☐
- c) Acompanhamento da equipa ☐
- d) Outro ☐ Qual? _____

9. E os mais negativos?

- a) Indisponibilidade dos profissionais ☐
- b) Falta de clareza da informação ☐
- c) Falta de acompanhamento da equipa ☐
- d) Outro ☐ Qual? _____

10. Houve alguma situação perante a qual não soubesse o que fazer/ o que era melhor para si ou para o seu familiar? Sim ☐ Não ☐

i) Se sim, a quem recorreu? _____

11. Desde que saiu do Hospital, já recorreu a alguma unidade de saúde?

Sim ☐ Não ☐

a) Se sim, qual o motivo?

- i) Agudização dos sintomas ☐
- ii) Clarificação dos cuidados ☐
- iii) Clarificação da terapêutica ☐
- iv) Outra situação. Qual? _____

12. Apesar da doença, como classifica a qualidade de vida do doente neste momento?

- a) Muito Negativa
- b) Negativa
- c) Estável
- d) Positiva
- e) Bastante Positiva

ANEXO II

Escala ECOG

ECOG Performance Status

These scales and criteria are used by doctors and researchers to assess how a patient's disease is progressing, assess how the disease affects the daily living abilities of the patient, and determine appropriate treatment and prognosis. They are included here for health care professionals to access.

| ECOG PERFORMANCE STATUS* | |
|--------------------------|---|
| Grade | ECOG |
| 0 | Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction |
| 1 | Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work |
| 2 | Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours |
| 3 | Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours |
| 4 | Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair |
| 5 | Dead |

* As published in Am. J. Clin. Oncol.:

Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982.

The ECOG Performance Status is in the public domain therefore available for public use. To duplicate the scale, please cite the reference above and credit the Eastern Cooperative Oncology Group, Robert Comis M.D., Group Chair.

ANEXO III

Parecer do Conselho de Administração do

Centro Hospitalar Lisboa Norte

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA




Exma. Senhora
Dra. Maria Inês Teixeira
Serviço Social e Gabinete do Utente
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Refª PCA – 26.ABR.2012 – 0264

Assunto: Pedido de autorização para utilizar dados sociais com o objectivo de melhorar o processo de alta hospitalar.

Em resposta à sua carta de 3 de Abril de 2012, e obtido o parecer da Directora do Serviço Social e Gabinete do Utente, informamos que foi autorizada a utilizar dados no âmbito da sua intervenção como Assistente Social deste Centro Hospitalar.

Com os melhores cumprimentos, 

O Presidente do Conselho de Administração


Prof. Dr. J. A. Correia da Cunha

/MC

CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt

1

ANEXO IV

Consentimento Informado dos Participantes

Formulário de consentimento informado



Investigação no âmbito do Mestrado em Saúde e Envelhecimento – 2ª Edição

Autora: Maria Inês da Costa Oliveira Teixeira

(Assistente Social/ Serviço de Medicina I B –Centro Hospitalar Lisboa Norte)

O actual trabalho de investigação, intitulado **“O planeamento integrado do processo de alta hospitalar nos idosos”**, insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Saúde e Envelhecimento e tem como propósito melhorar os processos de alta hospitalar na população idosa, com vista a uma melhor qualidade de vida.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação de todos os idosos /suas famílias dos doentes internados no Serviço de Medicina I B durante o mês de Junho. É por isso que **a sua colaboração é fundamental**.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. A sua colaboração consiste na resposta a um questionário telefónico. Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada.

Depois de ouvir as explicações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura: _____ Data: _____

ANEXO V

Ficha Individual de Alta

FICHA INDIVIDUAL DE ALTA

Serviço de Medicina 1 – B
Centro Hospitalar Lisboa Norte

Nome: XXXXX

Nº Identificação Hospitalar: XXXXX

:

| | |
|----------------------------|---|
| Diligências a tomar | Manter acompanhamento com Médico Assistente |
| | Pedido de Aspirador de Secreções à GASIN – 800 200 704 (já realizado pela filha – Sra. X) |
| Contactos úteis | Serviço de Medicina 1B: 21 780 52 86 |
| | Centro de Saúde de Mafra (UCSP Mafra Norte - Pólo da Encarnação): 261 855 473 Cuidados Continuados: Enfª X |
| | Associação de Socorros Mútuos da Freguesia da Encarnação: 261 856 114 (Dra. X) |
| Outras Informações | Cuidados Continuados – apoio no domicílio ao nível da Sonda Naso Gástrica, penso, manuseamento e apoio no aspirador de secreções e cinesiterapia respiratória |